



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



**Intervenção Psicomotora com crianças dos 4 aos 11 anos com
Perturbações do Desenvolvimento no Centro de
Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital
Garcia de Orta**

Relatório com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora –
Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira Parrot Morato

Vogais

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

**Serenela Costa Cruz
2017**

***“O Brincar deve ser considerado a atividade mais séria
desempenhada pela criança.”***

Montaigne

Agradecimentos

Queria manifestar toda a minha gratidão e reconhecimento para com todas as pessoas que me ajudaram ao longo deste ano e na realização do presente relatório:

À Professora Doutora Teresa Brandão, orientadora académica, pela sua disponibilidade, pela sua orientação e pela confiança que depositou em mim;

À Dra. Joana Carvalho, orientadora local, pela disponibilidade e profissionalismo e que esteve sempre disposta a transmitir-me conhecimento, experiência e motivação;

À minha colega de estágio, Inês Pedro, estagiária de 1º ciclo, pelas experiências e ideias que partilhámos e pelo espírito de ajuda, amizade e companheirismo;

A toda a equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, que recordo com saudade, pela forma como me receberam e integraram na equipa;

Aos meus pais (e irmã), que são as pessoas que mais admiro e que sempre me proporcionaram o melhor que conseguiram e fizeram tudo por mim;

À minha grande amiga Cláudia Neto cujo apoio, compreensão e dedicação me foi essencial nesta etapa;

Às colegas que também participaram nas reuniões de núcleo de estágio pela troca de saberes e de experiências;

A todas as crianças e famílias que tive o prazer de acompanhar e conhecer;

A todos, muito obrigado!

Resumo: Este documento descreve a prática profissional desenvolvida no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora. O estágio foi realizado na área da Psicomotricidade no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta durante o ano letivo 2016/2017. O trabalho desenvolvido decorreu em contexto de intervenção individual ou em grupo, com crianças com Perturbações do Desenvolvimento com idades compreendidas entre os 4 e 11 anos, envolvendo avaliações, planos de intervenção e intervenção psicomotora. É feita também a apresentação detalhada de dois estudos de caso, que elucidam a prática psicomotora, através do desenvolvimento de vários domínios (motor, comportamental, relacional e afetivo).

Palavras-chave: Psicomotricidade, Intervenção Individual, Intervenção em grupo, Intervenção Precoce, Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II, Perturbações do Desenvolvimento, Atraso Global do Desenvolvimento, Alterações do Comportamento, Perturbações da Linguagem, Perfil de desenvolvimento psicomotor.

Abstract: This document describes the professional practice carried out under the Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais from the second year of the Masters in Psychomotor Rehabilitation. The internship was fulfilled in the area of Psychomotricity in Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta during in the academic year of 2016/2017. The developed work ran in an individual and group intervention context with children with Developmental Disorders with aged between 4 and 11 years, involving assessments, intervention plans and psychomotor intervention. Is also made a presentation of two study cases, that elucidate the practical of psychomotor therapy through the development of several domains (motor, behavioral, relational and effective).

Keywords: Psychomotricity, Individual Intervention, Group Intervention, Early Intervention, Bruininks-Oseretsky Teste of Motor Proficiency II, Developmental Disorders, Global Developmental Delay, Behavioural Changes, Disorders of Language, Psychomotor Development Profile.

Índice Geral

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	2
1. Intervenção Precoce na Infância	2
1.1. A evolução das práticas da IP: práticas centradas na família	3
1.2. Portugal: Enquadramento legal de Intervenção Precoce	6
2. Intervenção Psicomotora	7
2.1. Psicomotricidade e o papel do psicomotricista	8
2.2. Psicomotricidade Relacional e Instrumental	10
2.3. Intervenção Individual e Intervenção em Grupo	11
3. Perturbações do Desenvolvimento	12
3.1. Atraso Global do Desenvolvimento	13
3.2. Alterações do comportamento: Temperamento Infantil	15
3.3. Perturbações da Linguagem	17
3.4. Perturbações do Desenvolvimento: Síntese	19
Capítulo 2 – Enquadramento institucional formal	20
1. Contexto funcional: caracterização, missão e objetivos	20
2. Atividades desenvolvidas (assistencial, formativa, científica)	21
3. Modelo de atendimento	23
4. Recursos	24
4.1. Humanos: Equipa multidisciplinar	24
4.2. Espaço e materiais	24
PARTE II – REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	27
1. Calendarização e organização das atividades	27
2. Horário de estágio	28
3. População atendida no Serviço de Psicomotricidade	29
4. Processo de intervenção	30
4.1. Observação/avaliação Psicomotora e instrumentos de avaliação	31
4.1.1. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky	32
4.1.2. Questionário de Comportamento da Criança 12 5 anos	33
4.1.3. Grelha de Observação das Relações entre Pares (Adaptado)	35
4.1.4. Instrumentos adaptados para avaliação de estudo de caso	36
4.1.4.1. Grelha de observação informal do comportamento da criança	36
4.1.4.2. Inventário das Rotinas e Interesses da Família	37
4.2. Estratégias de intervenção	37
5. Intervenção Psicomotora	38
5.1.1. Intervenção individual	39
5.1.2. Intervenção em grupo	46
6. Atividades complementares	51
6.1. Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento – do diagnóstico à intervenção	51
6.2. I Jornadas Científicas de Psicomotricidade	52
6.3. Aniversário 10 CDC	53
6.4. Psicomotricidade: Perguntas e respostas... numa conversa com alunos do 2º ano de mestrado	53
6.5. Reunião de equipa – Serviço de Pediatria HGO – “Psicomotricidade”	54
6.6. Reunião de Equipa do CDC	54
6.7. Colóquio para pais do CDC – Brincar	55
PARTE III – ESTUDOS DE CASO	56
1. Estudo de caso I – M.S.	56
1.1. Caracterização	56

1.2.	Avaliação Inicial	57
1.2.1.	Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)	57
1.2.2.	Grelha de observação informal do comportamento da criança	58
1.2.3.	Inventário das Rotinas e dos Interesses da Família	59
1.3.	Plano de intervenção psicomotora	61
1.4.	Intervenção Psicomotora – implementação do plano de intervenção	63
1.5.	Avaliação final – Resultados obtidos após intervenção	65
1.5.1.	Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)	65
1.5.2.	Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança	67
1.5.3.	Inventário das Rotinas e dos Interesses da Família	69
1.6.	Conclusões	71
2.	Estudo de caso II – Grupo Pré-escolar	72
2.1.	Caracterização	72
2.2.	Processo de intervenção	73
2.3.	Avaliação Inicial	74
2.3.1.	Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)	74
2.3.2.	Questionário de Comportamento da Criança 12 5 anos	77
2.3.3.	Grelha de Observação das Relações entre Pares	79
2.4.	Plano de intervenção psicomotora	81
2.5.	Intervenção Psicomotora em Grupo – implementação do plano de intervenção	83
2.6.	Avaliação final – Resultados obtidos após intervenção	85
2.6.1.	Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)	85
2.6.2.	Questionário de Comportamento da Criança 12 5 anos	89
2.6.3.	Grelha de Observação das Relações entre Pares	91
2.7.	Conclusões	92
	REFLEXÃO CRÍTICA, DIFICULDADES E LIMITAÇÕES	94
	PRINCIPAIS CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	96
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
	ANEXOS	IX

Índice de Anexos

Anexo I – Crianças acompanhadas em Psicomotricidade no CDC durante o ano letivo 2016-2017	X
Anexo II – Planta do CDC	XIV
Anexo III – Lista de Materiais da sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade	XV
Anexo IV – Exemplo de um relatório de avaliação/observação Psicomotora	XVI
Anexo V - Grelha de observação informal do comportamento da criança	XVIII
Anexo VI - Inventário das Rotinas e Interesses da Família	XX
Anexo VII – Apresentação realizada para as I Jornadas Científicas de Psicomotricidade	XXIV
Anexo VIII – Apresentação realizada para a reunião de Equipa do CDC	XXVI
Anexo IX – Sessões da M.S. (intervenção individual)	XXX
Anexo X – Sessões do Grupo Pré-escolar	XXXIII
Anexo XI – Comparação dos resultados obtidos no CBCL e C-TRF – Grupo Pré-escolar (Avaliação inicial vs Avaliação final) – Gráficos de A, B, C e D	XXXVIII
Anexo XII - Comparação dos resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação das Relações entre Pares	XL

Índice de tabelas

Tabela 1 - Traços do Temperamento Infantil, segundo Zentner & Bates (2008)	16
Tabela 2 - Calendarização e organização das atividades de estágio	27
Tabela 3 - Horário de estágio	28
Tabela 4 - Áreas motoras que compõem o TPMBO-2 (Bruininks & Bruininks, 2005)	33
Tabela 5 - Estrutura dos questionários CBCL e C-TRF (Achenbach et al, 2014)	35
Tabela 6 - Secções que organizam a APR (Guralnick, 2003)	36
Tabela 7 - Horário das crianças acompanhadas em intervenção psicomotora individual e em grupo	39
Tabela 8 - Caracterização do grupo 1	47
Tabela 9 - Caracterização do grupo 2 (Grupo de meninas)	48
Tabela 10 - Caracterização do grupo 3	49
Tabela 11 - Caracterização do grupo 4	50
Tabela 12 - Plano de intervenção psicomotora da M.S.	61
Tabela 13 - Resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação informal do comportamento da criança	68
Tabela 14 - Progresso da M.S. nas diferentes áreas da Grelha de Observação informal do Comportamento da Criança	69
Tabela 15 - Inventário aplicado à família - Secção das Rotinas	70
Tabela 16 - Inventário aplicado à família - Secção dos Interesses relacionados com a criança - Parte I	71
Tabela 17 - Inventário aplicado à família - Secção dos Interesses relacionados com a família - Parte II	71
Tabela 18 - Caracterização do Grupo do Pré-escolar	72
Tabela 19 - Resultados da avaliação formal inicial com o TPMBO-2 - Grupo Pré-escolar	75
Tabela 20 - Resultados clínicos e borderline do CBCL e C-TRF do Grupo Pré-escolar (Avaliação Inicial)	78
Tabela 21 - Plano de intervenção psicomotora do Grupo Pré-escolar	81
Tabela 22 - Lista de presenças de cada elemento do Grupo Pré-escolar 2016/2017	84
Tabela 23 - Resultados clínicos e borderline do CBCL e C-TRF do Grupo Pré-escolar (Comparação avaliação inicial e final)	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Crianças acompanhadas em Psicomotricidade	29
Gráfico 2 - Diagnósticos das crianças acompanhadas	30
Gráfico 3 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões da M.S.	65
Gráfico 4 - Resultados obtidos pela M.S. em cada tarefa dos subtestes 1, 2 e 3 (versão completa) - TPMBO-2 – Avaliação final	66
Gráfico 5 - Resultados obtidos pela M.S. em cada tarefa dos subtestes 4, 5, 6 e 7 (versão reduzida) - TPMBO-2 – Avaliação final	67
Gráfico 6 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões do Grupo Pré-escolar	84
Gráfico 7 - Assiduidade dos elementos do Grupo do Pré-escolar	85
Gráfico 8 - Comparação dos resultados das avaliações iniciais e finais do TPMBO-2 - Grupo Pré-escolar	86

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de atendimento do CDC	24
Figura 2 - (1) Corredor principal de acesso à sala de Psicomotricidade; (2) Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade	25

Lista de abreviaturas

AGD – Atraso Global do Desenvolvimento
APA – American Psychiatric Association
APR – Assessment of Peer Relations
CBCL – Child Behavior Checklist
CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança
C-TRF – Teacher's Report Form
ELIs – Equipas Locais de Intervenção
e.g. - Exemplo
HGO – Hospital Garcia de Orta
i.e. – Isto é
IP – Intervenção Precoce
PCM – Perturbação da Coordenação Motora
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
TPMBO-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruninks-Oseretsky, 2ª edição

Introdução

O presente relatório surge no âmbito das atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante no ano letivo 2016/2017, integrado no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (Universidade de Lisboa).

Segundo o regulamento do RACP, o estágio profissionalizante apresenta como objetivos gerais: 1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas vertentes científicas e metodológica, visando a promoção da capacidade reflexiva multidisciplinar; 2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes domínios e contextos de intervenção; e 3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, promovendo o enquadramento profissional e científico da área. Estes estágios visam proporcionar a aprendizagem e treino direcionados especificamente para o mercado de trabalho, a partir da aquisição de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com os outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões & Brandão, 2012-2013).

O estágio teve lugar no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), do Hospital Garcia de Orta (HGO) e pretende-se dar a conhecer parte das atividades e competências desenvolvidas durante este período. Foram acompanhadas 28 crianças, tanto em intervenção individual (13) como em grupo (16), com idades compreendidas entre os 4 e os 11 anos.

Este documento está estruturado em três partes. Uma primeira parte que enquadra a prática profissional, com uma revisão de literatura tendo em conta os modelos de intervenção (Psicomotricidade), população-alvo, problemáticas acompanhadas (Perturbações do Desenvolvimento), sendo feita a caracterização da instituição. A segunda parte diz respeito à prática profissional, onde é exposta a organização e calendarização das atividades desenvolvidas, a descrição dos casos seguidos em intervenção e dos instrumentos de avaliação usados, bem como é feita a apresentação das atividades complementares. A terceira parte é composta por dois estudos de caso. Por fim, consta uma reflexão sobre as dificuldades e limitações da prática profissional, bem como as principais conclusões e perspetivas futuras.

Parte I – Enquadramento da prática profissional

Na primeira parte estão presentes conteúdos que enquadram a prática profissional da estagiária e que se relacionam com o tipo de intervenção que é realizada no CDC, tendo como base uma bibliografia de carácter científico. Neste sentido, um primeiro capítulo contém um Enquadramento Teórico e uma Revisão de Literatura sobre a Intervenção Precoce na Infância, a Psicomotricidade e suas áreas de intervenção e sobre o Atraso Global de Desenvolvimento, Alterações do Comportamento e Perturbações da Linguagem (Perturbações do Desenvolvimento). Num segundo capítulo, estará exposto o Enquadramento Institucional, onde é descrita a instituição, as atividades desenvolvidas, o seu modelo de atendimento e os seus recursos (humanos e materiais). Pretende-se que, com a leitura destes capítulos haja uma melhor compreensão e orientação para a leitura deste relatório face ao trabalho desenvolvido.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

Os princípios da Intervenção Psicomotora e Intervenção Precoce são abordados neste capítulo tendo em consideração a população infantil como principal foco de atuação profissional do centro. Contudo, é importante referir que, o apoio prestado no CDC não faz parte das Equipas Locais de Intervenção Precoce, sendo que as crianças e respetivas famílias são, na sua maioria, encaminhadas pelo centro para essas equipas. Assim, será feito um enquadramento da Intervenção Precoce e a legislação que a regulamenta. Posteriormente, serão abordadas algumas perturbações do desenvolvimento, nomeadamente o Atraso Global de Desenvolvimento, as Alterações do Comportamento e as Perturbações da Linguagem.

1. Intervenção Precoce na Infância

O processo de desenvolvimento é um processo dinâmico, que pode ser influenciado por inúmeros estímulos do ambiente. Nos primeiros anos de vida, existe uma grande plasticidade cerebral, no qual a criança pode desenvolver as suas capacidades (Willrich, Azevedo & Fernandes, 2009; Serrano & Boavida, 2011). Esta fase de vida é caracterizada por um período de grande crescimento e amadurecimento de tecidos neuronais e como tal, acompanhar o desenvolvimento infantil é fundamental para prevenir possíveis atrasos do desenvolvimento. Devido à grande plasticidade e maleabilidade neuronal do cérebro, este é também um período em que a criança terá mais capacidade de corresponder aos estímulos externos e terapias (Carvalho et al, 2016; Figueiras, Souza, Rios & Benguigui, 2005; Nelson, 2000). Logo, a família em conjunto com os profissionais de saúde e comunidade têm a responsabilidade de fazer uma vigilância do desenvolvimento da criança (Figueiras, Souza, Rios & Benguigui, 2005).

Interligar áreas com a saúde, educação e segurança social, é reconhecer a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento infantil e, a Intervenção Precoce (IP) surge como uma rede social fundamental para o apoio às famílias de crianças em idades baixas com problemas de desenvolvimento (Franco, 2007; Brandão & Craveirinha, 2011).

1.1. A evolução das práticas da IP: práticas centradas na família

Durante muito tempo, os problemas de desenvolvimento infantil foram abordados a partir de uma perspetiva etiológica, cujo diagnóstico podia ser compreendido numa dimensão biológica, neurológica ou genética (Franco, Melo & Apolónio, 2012). Numa fase que antecede o conceito de intervenção precoce, emerge o termo estimulação precoce, que se centrava apenas na necessidade de estimular a criança, com o intuito de atenuar, prevenir ou melhorar os problemas de desenvolvimento ou de comportamento (Franco, 2007; Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011).

Nos anos 60, começaram a ser desenvolvidos diversos programas no âmbito da intervenção precoce (Meisels & Shonkoff, 2000) e, nos dias de hoje, o conceito de IP é mais vasto e dimensional, que se caracteriza por ser uma rede integrada de serviços, apoios e recursos, destinados a crianças até aos 6 anos, com problemas de desenvolvimento ou em risco de os desenvolverem, dando resposta às necessidades da família e criança (Almeida, 2004; Franco, 2007; Correia & Serrano, 1998).

Modelos de desenvolvimento como o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), o Modelo Transacional do Desenvolvimento de Sameroff e Chandler (1975) e o Modelo do Apoio Social de Dunst (1985), que destacam o papel que os diversos contextos têm no desenvolvimento da criança, foram modelos percussores para uma abordagem centrada na família e para o desenvolvimento de programas de IP (Meisels & Shonkoff, 2000; Carvalho et al, 2016).

No Modelo Transacional de Sameroff e Chandler (1975), o desenvolvimento é um processo resultante da influência recíproca, dinâmica e contínua entre a criança e os prestadores de cuidados e os contextos familiares e sociais. Segundo esta perspetiva, as experiências e situações de risco biológico ou social podem ser atenuadas ou maximizadas pelo meio e identifica como pontos de intervenção: a) alterar o comportamento da criança; e b) modificar ou adequar as perceções e competências dos pais. Neste modelo surge o conceito de *enviromtype*, que corresponde ao ambiente em que a criança está inserida e que influi no seu desenvolvimento, i.e., o desenvolvimento da criança é influenciado pelas experiências providenciadas pelo meio (Tegethof, 2007; Sameroff & Fiese, 2000). Salienta-se, portanto, que, as relações estabelecidas entre a

criança e o envolvimento são múltiplas, dinâmicas e biredicionais, o que permite a modificação de vulnerabilidades a partir de fatores contextuais (Sameroff & Fiese, 2000).

Segundo o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, proposto por Bronfenbrenner (1979), o desenvolvimento decorre das interações recíprocas entre os pais-criança e as relações bidirecionais que se estabelecem com os diferentes contextos. O desenvolvimento é compreendido de forma hierarquizada, perspetivando subsistemas dentro de sistemas, que são posteriormente inseridos em sistemas maiores interdependentes entre si (microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema) (Bronfenbrenner, 1979; Tegethof, 2007). Os vários sistemas terão influência no desenvolvimento de uma criança, uma vez que, uma mudança num dos sistemas terá repercussões positivas ou negativas no decorrer normal do seu desenvolvimento (Tegethof, 2007). O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e Mores (1998), é uma versão mais atual deste modelo e adverte que, o sujeito em desenvolvimento interage com outros indivíduos, objetos e símbolos, observando-se as influências recíprocas e contínuas que ocorrem ao longo do tempo entre o sujeito e o contexto (Bronfenbrenner & Moris, 1998).

O modelo teórico de Dunst (1985) – Modelo do Apoio Social, conhecido atualmente como um modelo de terceira geração, relaciona o desenvolvimento da criança com o comportamento e desenvolvimento da família, destacando a intervenção precoce como sendo uma importante rede de apoio de social (Pereira e Serrano, 2010). O modelo apresenta três componentes, em que a IP, já que constitui uma rede de apoio à família deve promover: oportunidades de aprendizagem da criança, apoio às competências parentais e recursos da família/comunidade (Dunst, 2005). Expondo ainda, outras três componentes adicionais, que na potencialização do desenvolvimento da criança: atividades contextualizadas, estilos de interação parental e práticas de intervenção e oportunidade de participação dos pais. Este modelo assume, portanto, a operacionalização da IP e das práticas centradas na família (Dunts, 2000).

Para além destes modelos, houve também, o contributo de Guralnick (1997), com a conceção do Modelo Desenvolvemental dos Sistemas. Um modelo integrado, que vem dar ênfase à capacitação da família, ao desenvolvimento de redes de apoio social e à identificação dos fatores de risco e proteção que existem nos diferentes contextos que envolvem a criança. Ao integrar os conhecimentos do desenvolvimento da criança em conjuntos com os serviços que podem ser facultados pela comunidade, procura compreender de que forma se promove o desenvolvimento infantil no âmbito da intervenção precoce (Guralnick, 2011). Incorpora três componentes no seio da IP: 1)

características da família; 2) padrões familiares; e 3) fatores stressores (Guralnick, 2005).

Guralnick descreveu ainda, em 2005, as etapas que devem ser tidas em conta para um adequado funcionamento da IP: 1) despiste e sinalização das situações de risco; 2) monitorização e vigilância das crianças em risco que não forem sinalizadas; 3) acesso aos serviços de IP; 4) avaliação interdisciplinar abrangente; 5) determinação da elegibilidade; 6) avaliação dos fatores stressores das famílias; 7) planeamento, desenvolvimento e implementação do programa de IP; 8) monitorização e avaliação dos resultados; e 9) planeamento da transição (cit in, Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011).

Estes modelos e os avanços na compreensão do desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como do papel fundamental que as famílias têm no desenvolvimento, contribuíram para que fosse possível uma mudança de paradigma e para que criança deixasse de ser vista como um fator isolado: uma prática centrada na família (Carvalho et al, 2016; Sameroff & Fiese, 2000). Onde os pais adquirem um papel mais ativo no desenvolvimento da criança e que, para a IP acarreta outras implicações e mudanças ao nível do seu funcionamento. Nomeadamente no contacto e na relação que é estabelecida com a família, na avaliação e processos de tomadas de decisão e na forma como presta e organiza os apoios e recursos. Exigindo por parte dos profissionais, que este seja um processo contínuo, onde as famílias são ouvidas e respeitadas, recorrendo a práticas e serviços de apoios estruturados de acordo com as suas necessidades. Intervenções que envolvem a família apresentam efeitos positivos em vários domínios, como o bem-estar dos pais e criança, as interações pais/criança, a satisfação parental e coesão familiar e a identificação de apoios e recursos necessários (Pereira & Serrano, 2010; Allen, 2007; Almeida, 2004).

A família assume um papel preponderante para o desenvolvimento e integração dos indivíduos na sociedade, visto ser o primeiro meio de socialização da criança (Coutinho, 2004; Almeida, 2004) e pelo papel que apresenta para o desenvolvimento social, cognitivo e afetivo da criança (Muslow, 2008; Cruz, Fontes & Carvalho, 2003). Contudo, por vezes, é necessário capacitar as famílias para superar situações adversas ou de maior vulnerabilidade, como é o caso de um diagnóstico de deficiência, que apresenta repercussões em várias dimensões, como por exemplo, na interação familiar, no contacto social e a nível financeiro (Brandão, 2004).

Para crianças com necessidades especiais e que possuam diagnósticos como Atraso de Desenvolvimento, Perturbações do Espectro do Autismo, entre outros, intervenções que englobam a família revelam ter mais eficácia e benefícios. Sendo fundamental

informar as famílias, orientá-las na educação e desenvolvimento do seu filho e transmitir-lhe estratégias (Bradshaw, Steiner, Gengoux & Koegel; 2015; WHO, 2016). Deste ponto, destaca-se o papel do profissional de IP, que deverá criar condições que previnam os problemas que possam surgir no desenvolvimento da criança, maximizando as oportunidades de aprendizagem, ao mesmo tempo que concede suporte à família, incrementando as competências familiares, facultando apoio emocional, ajudando a identificar os recursos, tendo em vista aumentar o bem-estar e reduzindo as situações de stresse (Franco, 2007; Serrano & Boavista, 2011; Carvalho et al, 2016).

Assim, intervir precocemente apresenta maior eficácia na prevenção ou minimização de problemas em crianças em idades baixas, dando acesso a apoios e serviços terapêuticos individualizados. Quanto mais cedo for facultado o apoio e mais abrangente for o modelo de atendimento, melhores serão os resultados a longo prazo para a criança, família e comunidade, (Coutinho, 2004; Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012). Pois segundo Carvalho et al (2016), existem fortes evidências de que, ao investir nos primeiros anos de vida das crianças, haverá maiores níveis de retorno social e económico.

Neste sentido, percebe-se que, é importante intervir em idades precoces com o intuito de prevenir ou atenuar problemas de desenvolvimento, sendo este um direito que abrange todas as crianças e suas famílias, principalmente as que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade (Carvalho et al, 2016).

1.2. Portugal: Enquadramento legal de Intervenção Precoce

O conceito de IP é recente em Portugal e, por volta dos anos 80, obteve maior importância ao seguir os avanços científicos que se sucederam na Europa e Estados Unidos da América (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003; Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011). Na década seguinte foram surgindo pelo país novos programas e equipas de IP (Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011), iniciativas pioneiras que demonstraram a preocupação em fornecer serviços adequados às crianças com necessidades especiais (Borges, 2016).

Para Borges (2016), o Projeto Integrado de Intervenção Precoce aplicado no distrito de Coimbra, foi o precursor de um modelo de colaboração intersectorial único. Surgindo então, uma parceria entre a Saúde, Educação, Segurança Social e outras instituições da comunidade. Este modelo baseado na família e nas crianças com problemáticas e em risco biológico e ambiental em idades precoces é, segundo o autor, reconhecido ao nível nacional e internacional, devido às suas práticas inovadoras e de qualidade.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 281/2009, a IP define-se como sendo uma prática de apoio integrado centrado na criança e na família, tendo em conta ações de natureza preventiva e reabilitativa em áreas da educação, saúde e ação social (envolve os Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social). Destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos, que revelem alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades características para a idade e contexto social ou com risco grave de desenvolvimento, envolvendo também as famílias.

Para além disso, ao abrigo do Decreto-Lei já mencionado, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que visa a organização de entidades e tem como objetivos: a) assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e desenvolvimento das suas capacidades, através da IP em todo o país; b) detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou com alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; c) intervir após deteção e sinalização, tendo em conta as necessidades de cada criança e famílias, como forma de prevenir ou reduzir os riscos de atraso do desenvolvimento; e d) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos (Decreto-Lei n.º 281/2009, 6 de outubro).

O SNIPI garante uma rede de apoio integrado, de natureza preventiva e reabilitativa, à criança e à família a nível social, educativo e da saúde. Organizado em três níveis: nacional, regional e local, permite com maior facilidade dar resposta às necessidades das famílias. Assim, foram desenvolvidas as Equipas Locais de Intervenção (ELIs), que a nível municipal identificam crianças e famílias, assegurando vigilância às crianças que são elegíveis para entrar no sistema. Após avaliações e se se verificar a elegibilidade para o SNIPI, há a elaboração e execução do plano individual de Intervenção Precoce em função do diagnóstico, identificando-se também as necessidades da criança e família, recursos e apoios a prestar. Deve-se também a assegurar para cada criança, a transição para outros programas ou serviços educativos, bem como haver a articulação entre técnicos e docentes das creches e jardins-de-infância (Decreto-Lei n.º 281/2009, 6 de outubro).

2. Intervenção Psicomotora

Um dos grandes objetivos da IP diz respeito à prevenção, pretendendo dar resposta às necessidades de cada criança e família, ao constituir uma rede integrada de serviços. Assim sendo, a uma das áreas de atuação da intervenção psicomotora centra-se a nível preventivo, para além da reabilitativo e educativo. Percebe-se desta forma, que há uma ligação direta entre ambos os conceitos. A psicomotricidade inserida numa rede de serviços de IP pode, pela sua forma de atuar, coincidir com os pressupostos e objetivos patentes pela intervenção precoce.

2.1. Psicomotricidade e o papel do psicomotricista

Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade (2012), áreas como a medicina, psicologia, neuropsicologia e pedagogia serviram de base para a concepção da Psicomotricidade (EFP, 2012).

A intervenção psicomotora pretende transformar o corpo como um instrumento que age e que se relaciona com os outros e com o mundo, quer a nível intra ou interpessoal (Fonseca, 2001). Recorrendo a programas de estimulação e reabilitação psicomotora, tendo em conta a pessoa e as suas necessidades e incidindo na organização psicomotora e nos aspetos cognitivos e afetivo-sociais, permite ao indivíduo a aquisição de uma independência funcional. A psicomotricidade possibilita a relação entre o corpo e a atividade mental, o concreto e o abstrato e entre o real e o imaginário. Atuando em três vertentes de intervenção: preventivo, reeducativo e terapêutico; o primeiro que visa prevenção de perturbações do desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem; e os dois últimos, que recaem sobre os aspetos funcionais e relacionais do desenvolvimento (Martins, 2001).

Uma intervenção psicomotora poderá envolver atividades que visem a promoção do desenvolvimento das capacidades cognitivas, físicas, sociais e emocionais, assim como deverá ter em consideração aspetos como a regulação e expressão de emoções, o aumento da autoconfiança e o reconhecimento do corpo (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010). A psicomotricidade privilegia o movimento e a função tónica integrando componentes como a inteligência, linguagem e a afetividade, não se limitando unicamente à sua dimensão neurofisiológica, visto esta funcionar como um substrato e expressão das emoções, do pensamento e da linguagem que permitem fomentar uma relação com o mundo (Boscain, 2003).

Utilizar o corpo como meio de intervenção confere ao psicomotricista a capacidade de responder de forma adequada e adaptada aos comportamentos motores inadequados ou inadaptados que se relacionam com problemas de aprendizagem, desenvolvimento, comportamento e maturação psicomotora (Martins, 2001). Um psicomotricista assume, portanto, um papel de mediador entre a criança e o ambiente. Para Gras (2004), a Psicomotricidade permite que a criança através da ação psicomotora, seja capaz de se expressar e comunicar. O estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança e o psicomotricista, confere à criança um ambiente de contenção e segurança, cujo vínculo afetivo contribui para o desenvolvimento da autonomia e construção da sua identidade (Gras, 2004; Llinares, 2007).

Ao psicomotricista é atribuído o papel central na intervenção psicomotora pela forma como encara a criança e a relação terapêutica e pelo modo como compreende a criança,

que se expressa corporalmente. O técnico dá uma resposta adequada a essa expressividade, fazendo uma leitura da sua expressão e linguagem corporal, através da observação da criança, aferindo a forma como esta se relaciona com o espaço, materiais e com os outros (Rodríguez & Llinares, 2008). Pelo que, um dos principais contributos de uma intervenção psicomotora com crianças, diz respeito à integração dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) que vão influenciar de forma positiva os processos de aprendizagem (Fonseca, 2010).

A avaliação é outro ponto importante na intervenção psicomotora, pois permite estabelecer o perfil do sujeito, ao mesmo tempo que tem em conta a sua diversidade, quer a nível neurológico, emocional, relacional e cognitivo. A Psicomotricidade foca-se numa abordagem global do sujeito, onde o ato terapêutico psicomotor visa compreender as diversas impressões ou expressões, as entradas e saídas, que estão na origem do seu mal-estar (Saint-Cast, 2004).

Na intervenção psicomotora, a definição dos objetivos advém de uma observação (informal e formal) do comportamento do indivíduo. Caso contrário, se não houvesse uma observação, o tratamento não seria eficaz (Probs & Vliet, 2005). Aliada à avaliação, a observação detalhada dos comportamentos de um sujeito, permite avaliar o seu nível de desenvolvimento e maturação, assim como o seu potencial. Além disso, possibilita também identificar possíveis patologias, que se verifiquem através de atrasos, descoordenações, não-aquisições, discordâncias e regressões (Saint-Cast, 2005). Para complementar o processo de avaliação e observação, os psicomotricistas podem usar métodos científicos e instrumentos validados e padronizados, que são cada vez mais diversos e precisos e que garantem a validade do processo (Pitteri, 2004; Saint-Cast, 2005; Contandriopoulos, 2006). Contudo, uma avaliação não pode apenas ficar cingida única e exclusivamente à aplicação de instrumentos padrão. Uma norma pode permitir que a pessoa seja incluída dentro de um grupo de diagnóstico, mas o processo de intervenção deve estar focado nas características individuais do sujeito e não nas características comuns (Saint-Cast, 2005).

Em suma, uma avaliação psicomotora possibilita a elaboração de um perfil psicomotor, de um programa de intervenção, a monitorização dos resultados e melhorias após a intervenção, a comparação e análise de práticas e ainda permite a comunicação entre profissionais de diversas áreas (Pitteri, 2004). Ponto fundamental em equipas multidisciplinares, que ampliam a oportunidade de obter apoios nas mais diversas áreas (Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012), como a medicina, psicologia, educação e o psicomotricista deve ser capaz de conciliar o trabalho realizado com as crianças e suas

famílias, enquanto articula com os diferentes profissionais e comunidade (Rodríguez & Llinares, 2008).

No que diz respeito ao tipo de intervenção, a Psicomotricidade pode assumir um carácter relacional (ou vivenciado) – ou – instrumental (ou dirigido), que podem ser combinadas, tornando a intervenção mais completa (Martins, 2001). Estas duas correntes serão explicadas no ponto seguinte.

2.2. Psicomotricidade Relacional e Instrumental

Uma intervenção em psicomotricidade visa a compreensão e a resolução de conflitos da criança, permitindo a exteriorização e expressão destes num ambiente seguro e terapêutico, que proporcione uma reorganização do desenvolvimento. Assim, é dada a primazia à vertente relacional da psicomotricidade, que se centra na relação com o corpo, o espaço, o tempo, os objetos e na relação técnico-criança. I.e., na criação de um vínculo terapêutico, em que a qualidade da relação que se estabelece pretende promover a iniciativa, a criatividade, o gesto espontâneo e intencional, a curiosidade e motivação (Aragón, 2009; Almeida, 2005; Costa, 2008), no qual se revivem simbolicamente as experiências tonicoemocionais e comunicacionais. Há a promoção da comunicação não-verbal, da psicoafetividade, da atividade motora espontânea, do diálogo tonicoemocional e da proxémia (Almeida, 2005; Joly, 2007; Lázaro & Félez, 2014; Martins, 2001; Gras, 2004).

Recorrendo às atividades livres e espontâneas e à relação corporal, proporciona-se à criança experiências e vivências que geram prazer e que promovem a aprendizagem e a expressão e comunicação corporal (Almeida, 2005; Aragón, 2009). O psicomotricista deve valorizar as descobertas motoras, estimulando a espontaneidade e criatividade, facilitando o diálogo, ao juntar a palavra ao gesto, dando-lhe um significado, uma intenção.

Crianças com disfunções psicomotoras, perturbações da vinculação, problemas da linguagem e comunicação, problemas de comportamento e perturbações do desenvolvimento são os alvos mais comuns da vertente relacional da psicomotricidade (Almeida, 2005). Assim como, crianças com linguagem escassa e/ou com pouco pensamento simbólico, onde o contacto corporal e os processos emocionais, motores, rítmicos, mímicos e posturais que se estabelecem e que se designam de diálogo tónico, permitem uma organização da identidade, a descoberta de si próprio a partir de experiências vividas corporalmente (Costa, 2003).

A vertente instrumental da psicomotricidade permite a descoberta e exploração do mundo em que a ação se relaciona com o envolvimento, pelo espaço, tempo e objetos

(Joly, 2007; Martins, 2001). Sendo que, a psicomotricidade instrumental recorre à descoberta e ao pensamento divergente, com o intuito de incrementar a atenção da criança, ajudando-a a adaptar-se ao contexto (Martins, 2001).

A comunicação verbal é também fundamental na psicomotricidade instrumental, pois favorece e facilita a realização das tarefas (passos a efetuar) e permite a consciencialização da ação ao reconhecer as diferenças ou semelhanças daquilo que se fez do que era suposto fazer. Funcionando deste modo, como um meio que promove a capacidade reflexiva, expressiva e de *transfer* (Martins, 2001).

A atividade lúdica é uma ferramenta fundamental em ambas as vertentes da psicomotricidade, nomeadamente na intervenção psicomotora com crianças, que atua como facilitador para a interação com o meio e com o terapeuta (Carvalho, 2005). Recorre-se ao jogo/à brincadeira, na sua maioria não-verbal, como forma de perceber o psíquico e favorecendo a comunicação através do corpo (Lapi  re, 2008) e como meio de motivar a criança. Onde, a partir do movimento    possível estruturar objetivos no âmbito do desenvolvimento psicomotor, afetivo, social e intelectual, promovendo vínculos e vivências relacionais e corporais (Gras, 2004; López, S  nches & Ib  nez, 2004).

Na prática psicomotora deve-se tentar conciliar as duas componentes – relacional e instrumental – como forma de criar e promover um ambiente lúdico, de explora  o sensorio-motora, de jogo simbólico e de representa  es, através do movimento e da regula  o t  nica (Martins, 2001). O psicomotricista poderá utilizar várias metodologias de interven  o, como por exemplo, técnicas de relaxa  o e de consciência corporal, atividades lúdicas, terapias expressivas, atividades motoras adaptadas, entre outros (APP, 2012). Estas diferentes dinâmicas são mediadas através do corpo, do espaço, da a  o e gesto, podendo ser implementadas em sessões individuais e grupo (Fonseca, 2010).

2.3. Interven  o Individual e Interven  o em Grupo

Sessões individuais ou sessões de grupo são dois tipos de interven  o característicos de diversas modalidades de apoio, entre as quais a interven  o psicomotora, que visam dar resposta às necessidades e características de cada criança, pelo que, a op  o por uma ou outra modalidade    resultante da avalia  o da criança e tendo em conta as suas características individuais (Llinares & Rodriguez, 2003).

As sessões individuais podem ocorrer em espaços físicos de menores dimensões, e permitem que o técnico tenha maior disponibilidade para cada criança, adequando a resposta ao seu ritmo de aprendizagem (Aragón, 2009).

Em relação às dinâmicas de grupo, sucedem-se um conjunto de experiências e emoções vividas (Vigidal, 2005) e que permitem melhorar a regulação emocional, ajudando a criança a nível da socialização e comunicação, da iniciativa e criatividade, da aprendizagem e descoberta (Onofre, 2003). É um espaço onde se experimentam diferentes competências na relação com os outros, ao mesmo tempo que, outras competências e dificuldades podem ser trabalhadas (e.g. dificuldades motoras), pois, apesar de se tratar de um grupo em intervenção, não se devem esquecer os objetivos estabelecidos a nível individual. Em contrapartida, uma sessão em grupo, implica a necessidade de um espaço físico de maiores dimensões e eventualmente alguma dificuldade de, de controle do grupo (Aragón, 2009; Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012).

Por vezes e para algumas crianças, uma vivência e participação em grupo revela-se mais rica, tendo mais oportunidades para se relacionar ativamente e o terapeuta, o qual tende a adotar um papel de mediador (Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012; Aragón, 2009), promove o diálogo entre as crianças e facilita os processos comunicativos (Vigidal, 2005). Todavia, a complexidade da dinâmica em grupo, pode fazer com que uma criança revele maiores dificuldades em adaptar o seu ritmo, principalmente se apresentar dificuldades nas relações com os pares. Pelo que, em determinadas situações e mediante os objetivos estabelecidos para a intervenção, pode optar-se, numa fase inicial, por implementar uma intervenção individual e só depois, e se for possível, é que se transfere a criança para uma intervenção em grupo (Costa, 2005; Aragón, 2009).

A criação de grupos tem também uma explicação económica e política, visto que, surge a dada altura, a necessidade de criar grupos de intervenção, para reduzir significativamente o tempo de espera e os custos da intervenção (Nabais & Guerreiro, 2005; Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012). Todos os grupos terapêuticos, são formados de acordo com os seus diagnósticos e/ou sintomas e características de cada criança, tendo sempre em atenção o seu nível de desenvolvimento. Embora, ainda se discuta a homogeneidade versus heterogeneidade dos grupos (Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012; Costa, 2005).

3. Perturbações do Desenvolvimento

As perturbações do desenvolvimento são um conjunto de problemáticas que surgem, de forma geral, antes da criança entrar para a escola. São caracterizadas por défices desenvolvimentais, que podem dar origem a dificuldades pessoais, sociais, académicas ou ocupacionais. Esta manifestação encontra-se num largo espetro, desde limitações específicas na aprendizagem ou no controlo das funções executivas até dificuldades

globais nas competências cognitivas ou sociais (APA, 2013). Ter uma perturbação de desenvolvimento, é ter um fator de risco acrescido, dada a possibilidade de uma comorbidade com outra perturbação do desenvolvimento e/ou com uma perturbação emocional ou comportamental. Fatores biológicos, desenvolvimentais, emocionais, comportamentais e sociais do indivíduo devem ser considerados no diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento (Matos, 2009).

Não sendo possível descrever todos os diagnósticos das crianças acompanhadas ao longo do período de estágio no CDC (anexo I), será apresentado, neste capítulo, uma revisão de literatura relativa ao Atraso Global do Desenvolvimento, às Alterações do Comportamento e às Perturbações da Linguagem, que foram selecionadas tendo em consideração os diagnósticos dos estudos de caso descritos na terceira parte.

3.1. Atraso Global do Desenvolvimento

O termo “Atraso Global do Desenvolvimento” (AGD) é muitas vezes utilizado por diferentes profissionais em diversas situações (Silva & Albuquerque, 2011), sendo genericamente adotado por médicos e especialistas, com o intuito de evitar rotular a criança com uma condição ou perturbação específica (Dornelas et al, 2016). Neste sentido, pode ser considerado um conceito não categorial e flexível (Silva & Albuquerque, 2011).

O AGD surge descrito na versão mais recente do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-5, APA, 2013), embora não esteja referido em versões anteriores. Insere-se no grupo nas Perturbações do Desenvolvimento Intelectual e abrange as crianças com idade inferior ou igual a 5 anos, que ainda não atingiram as etapas de desenvolvimento típicas para a sua faixa etária (APA, 2013). Também Shevell et al (2003) relatam a designação de AGD até à idade escolar. No entanto, em Portugal, parece existir um uso mais generalizado, estendendo-se a crianças em idade escolar (Silva & Albuquerque, 2011).

Apesar de o AGD estar integrado nas Perturbações do Desenvolvimento Intelectual no DSM-5 (APA, 2013), existem autores que não concordam com esta divisão, defendendo que este é uma subcategoria das Perturbações do Desenvolvimento. Segundo esses autores, uma criança com um atraso de desenvolvimento pode não apresentar um défice cognitivo, sendo este resultante de outras condições (e.g. privação ambiental precoce, paralisia cerebral) (Shevell et al, 2003). Assim, o termo AGD define-se como sendo um atraso significativo global ou em dois ou mais domínios do desenvolvimento, tais como na motricidade fina e/ou global, linguagem, cognição, comportamento social e atividades da vida diária em crianças até aos cinco anos (Shevell et al, 2003). Um

atraso é significativo quando está dois ou mais desvios-padrão inferior à norma para o grupo etário (Ferreira, 2004; Shevell et al, 2003; Tirosh & Jaffe, 2011).

Devido ao comprometimento de vários domínios do desenvolvimento e ao facto de que, para além das crianças com atrasos evidentes, há também outras com alterações ténues, mas que demonstram uma preocupação clínica, surgem no processo de diagnóstico etiológico do AGD dificuldades e desafios, dada a grande variabilidade do desenvolvimento infantil (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva & Fernandes, 2012; Wong, 2011; Ferreira, 2004). Entenda-se, desta forma, o AGD como sendo um grupo heterogéneo, a nível etiológico e fenótipo, onde diversas funções do desenvolvimento podem estar comprometidas (atenção, memória, processos percetivos, programas motores). De salientar a importância da avaliação do desenvolvimento psicomotor, visando a identificação de um AGD, recolhendo informações das dificuldades e capacidades da criança nos vários domínios do desenvolvimento (Ferreira, 2004).

Um atraso de desenvolvimento é das problemáticas mais comuns na infância (Shevell et al, 2003; Walters, 2010) e estima-se que entre 1 a 3% das crianças com menos de cinco anos manifestem um AGD, apesar de esta prevalência ainda não ser precisa (Ferreira, 2004).

Crianças com um atraso de desenvolvimento revelam dificuldades nas aprendizagens académicas, marcantes na idade escolar, como a leitura, escrita e matemática (Shevell, Majnemer, Platt, Webster & Birnbaum, 2005). Assim como, apresentam maiores dificuldades de se autorregular e maior probabilidade de manifestarem problemas de comportamento. Revelam dificuldades na adaptação, são mais reativas a nível emocional e são menos sociáveis (Tirosh & Jaffe, 2011; Guralnick, 1999).

O atraso de desenvolvimento associa-se a várias condições da infância, que se relacionam com a concepção, gravidez ou parto (complicações pré, peri e pós-natais) e que podem decorrer de situações adversas como anomalias neurológicas (e.g. paralisia cerebral), genéticos (e.g. Síndrome de Down) ou moleculares (e.g. X-Frágil). Pode também resultar de condições transitórias, como a pobreza ou estatuto socioeconómico mais baixo, sendo mais difícil prever o desenvolvimento da criança, implicando desta forma, que haja um acompanhamento especializado e regular (Dornelas, Duarte & Magalhães, 2014; Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva & Fernandes, 2012).

Muitos dos casos de atraso de desenvolvimento não são detetados antes de a criança entrar para o pré-escolar ou escola, pelo que, é fundamental um diagnóstico precoce, com o objetivo de referenciar as crianças para as equipas multidisciplinares de Intervenção Precoce (Tervo, 2003; Tirosh & Jaffe, 2011). O AGD é um dos critérios para a elegibilidade da criança no âmbito da IP, em Portugal e noutros países. Fazer uma

monitorização e um acompanhamento em idades precoces e nos diversos domínios do desenvolvimento, contribui para uma deteção precoce de perturbações ou défices globais no desenvolvimento da criança (Silva & Albuquerque, 2011; Ferreira, 2004; Dornelas et al, 2016). Sendo que, facultar um diagnóstico mais claro, assim como explicar as causas, aumenta a qualidade de vida da família e da criança, incrementa a perceção dos pais sobre a criança ao fornecer um prognóstico, assim como há uma prevenção da comorbilidade com outras perturbações do desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem (Walters, 2010).

3.2. Alterações do comportamento: Temperamento Infantil

As características individuais a nível do comportamento da criança, nomeadamente a forma como reage ao meio envolvente, o que lhes capta a atenção, o que as deixa mais agitadas ou calmas, designa-se de temperamento (Sturm, 2004).

Para algumas crianças é mais difícil aprender a expressar, de forma adequada, as suas emoções e reações. Pelo que é importante ter em consideração que, a forma como a criança reage está interligada ao seu temperamento e às suas experiências de vida. O temperamento não determina apenas o modo como a criança reage, mas também a forma como os outros reagem em relação à mesma, tendo influências no seu desenvolvimento emocional (Fields, Perry & Fields, 2010).

Há crianças que apresentam maior capacidade de se adaptarem à mudança e as suas emoções e reações são de fácil leitura, contudo, para crianças que demonstrem resistência à mudança, que manifestam elevados níveis de energia ou pouca capacidade de atenção, compreender o seu comportamento torna-se uma tarefa mais complicada. Estas características individuais no temperamento infantil influem nas interações sociais e podem, a longo prazo, ter repercussões negativas na sua saúde mental (Fields, Perry & Fields, 2010).

O temperamento caracteriza-se pelo conjunto de diferenças individuais de comportamento nos domínios afetivo, motor e cognitivo, que se manifestam desde os primeiros anos de vida e que determinam as respostas motoras e os níveis de atenção em diversas situações, como a reatividade e autorregulação, que são influenciadas pela genética, maturação e experiências (Rothbart, 2004; Carneiro et al, 2013; Zentner & Bates, 2008; Sanso, Hemphil & Smart, 2004). No que diz respeito ao conceito de reatividade, esta refere-se à excitabilidade a nível biológico e abrange a excitação nos sistemas neuroendócrinos, autónomos e afetivos. Ao controlo de impulsos, emoções, níveis de atenção e da reatividade, chama-se de autorregulação (Rothbart & Derryberry, 1981 cit in Zentner & Bates, 2008; Eisenber, 2005).

Zentner & Bates (2008) definiram, no seu artigo, o temperamento infantil como contendo seis traços/dimensões, ao analisar atentamente outros estudos e modelos que se debruçavam sobre o tema. Na tabela 1, estão descritos de forma sucinta os seis traços do temperamento indicados pelos autores.

Tabela 1 - Traços do Temperamento Infantil, segundo Zentner & Bates (2008)

Traço do Temperamento	Significação
Inibição/Medo	Comportamento de timidez, evitamento ou fuga, seja de pessoas ou situações.
Irritabilidade/Frustração	Alta responsividade a situações de desconforto; Níveis elevados de irritação e/ou agressividade; Traço atribuído ao “mau temperamento”.
Emoções positivas	Tendência para revelar estados emocionais positivos, como interesse ou entusiasmo; Traço atribuído ao “bom temperamento”.
Nível de atividade motora	Intolerância à inatividade (frequência, ritmo, duração, velocidade e precisão dos movimentos motores).
Nível de atenção/Persistência	Capacidade para focar a atenção e permanecer na tarefa; Capacidade de controlar o movimento voluntário.
Sensibilidade sensorial	a) Sensibilidade a estímulos aversivos (e.g. barulhos); ou b) Capacidade de reagir a estímulos sensoriais (auditivos, visuais, táteis) pouco excitantes.

No entanto, o constructo do conceito “Temperamento” não é unânime, sendo pouco consensual, dados os vários modelos teóricos que existem para o enquadrar (Seabra-Santos & Almeida, 2014; Zentner & Bates, 2008). Como por exemplo, o modelo sugerido por Thomsd & Chess (1997), que identifica nove traços do temperamento, em vez de seis: (a) nível de atividade motora; b) regularidade do comportamento; c) comportamento de fuga; d) adaptabilidade, e) capacidade de resposta sensorial; f) intensidade da reação; g) qualidade do humor – positivo ou negativo; g) distratibilidade; e h) níveis de atenção e persistência (cit in Zentner & Bates, 2008). Todavia, há um aspeto que parece ser genérico em toda a literatura: o surgimento precoce, que se reflete em diferenças individuais no comportamento e personalidade, influenciadas pelos contextos envolventes (Seabra-Santos & Almeida, 2014).

Em relação ao género, não existem muitos estudos que averiguem as características do temperamento em função do género. No entanto, evidenciam-se que as alterações de comportamento (maiores níveis de distração e reatividade) aparentam ter mais prevalência no género masculino (Sanson, Hemphill & Smare, 2004; Walker, Berthelsen & Irving, 2001).

Determinadas características do temperamento, como a alta reatividade e baixa regulação, demonstram ter consequências negativas para as interações com os pares, dado que, baixos níveis de inibição e altos níveis de atividade, raiva, impulsividade ou frustração, podem suscitar comportamentos agressivos por parte da criança. Assim, verifica-se que, as características temperamentais influenciam a forma como a criança se ajusta ao meio e aos outros. Uma criança que se adapta facilmente e de forma positiva (“bom ou fácil temperamento”), é mais interativa e apresenta vínculos positivos. Ao contrário de uma criança com um “mau ou difícil temperamento”, que está mais

propensa a revelar problemas comportamentais e conflitos quer com os pais, pares ou professores, assim como demonstra maior dependência do adulto, mais dificuldades em regular os padrões biológicos e menores níveis de adaptação (Walker, Berthelsen & Irving, 2001; Carneiro et al, 2013).

Estudos salientam esta relação entre o temperamento e o desenvolvimento social, que se certifica através de comportamentos de internalização e externalização, assim como pelo funcionamento social da criança em contexto familiar, escolar e social. Pois, certas características temperamentais são mais evidentes e observáveis num contexto em comparação com outro. Assim, nos diferentes contextos há traços temperamentais mais dominantes que outros, i.e., em contexto escolar, a regulação da atenção apresenta um papel importante para o funcionamento da criança. Enquanto num contexto social (e.g. interação com os pares), a inibição fornece à criança menos oportunidade de interação, o que pode levar a um maior isolamento ou à rejeição por parte dos pares. No contexto familiar, a irritabilidade parece ser o fator com maior influência (Sanson, Hemphill & Smarte, 2004).

Além dos contextos, as relações estabelecidas no seio familiar afetam o temperamento da criança, que se associa igualmente à qualidade das interações entre pais e filho. Uma parentalidade afetuosa, que fornece apoio e é presente, origina maiores níveis de controlo e ajuste que a criança detém do seu comportamento (Eisenber, 2005).

As dificuldades em gerir o comportamento podem expressar um impacto negativo no funcionamento da criança (Waring & Seal, 2013), e esta gestão está também dependente da forma como os adultos se adaptam e reagem ao comportamento da criança. A criança com a ajuda do adulto, é-lhe mais fácil ajustar o seu comportamento à medida que vai crescendo (Fields, Perry & Fields, 2010). Neste sentido, é fundamental ajudar as famílias a compreender o temperamento e personalidade da criança, orientando-os na perceção e na forma como lidam com os comportamentos dos seus filhos (Sturm, 2004; Fields, Perry & Fields, 2010).

3.3. Perturbações da Linguagem

As perturbações da fala e da linguagem representam um problema comum no desenvolvimento infantil (de acordo com a literatura de 2 a 19% mediante os critérios de diagnóstico) (Law, Boyle Harris, Harkness & Nye, 2000; Amorim, 2011; Simms, 2007). Apesar de, a maioria das crianças não manifestar outras alterações significativas para o seu desenvolvimento, as dificuldades na fala e linguagem que se revelam na idade pré-escolar e escolar podem ter consequências negativas a nível académico e das relações sociais (Amorim, 2011). McLeod & Harrison (2009), advertem que, uma

percentagem considerável de crianças apresenta alterações da fala e/ou linguagem que comprometem as suas capacidades e eficiência comunicativa.

Uma Perturbação da Linguagem caracteriza-se por alterações a nível da compreensão e/ou expressão da linguagem oral ou escrita, podendo ter influência na fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e/ou pragmática. Pelo que, dadas as suas diferentes classificações, estas constituem um grupo heterogéneo (Boyle, McCartney, Forbes & O'Hare, 2007).

Numa Perturbação da Linguagem existem dificuldades na aquisição e no uso da linguagem devido a défices na compreensão ou produção do vocabulário, estrutura frásica e discurso, perceptíveis na comunicação oral, escrita ou símbolos. A aprendizagem e uso da linguagem estão dependentes de capacidades recetivas e expressivas, em que a primeira diz respeito ao processo de receber e compreender mensagens da linguagem, enquanto a segunda se refere à produção de sinais verbais, vocais ou gestuais (APA, 2013).

Ter uma perturbação deste carisma, afeta normalmente o vocabulário e a gramática, limitando a capacidade do discurso. As primeiras palavras e frases da criança surgem mais tarde, o vocabulário é reduzido e pobre, as frases são curtas e pouco complexas, contendo erros gramaticais. Verificam-se dificuldades em conseguir encontrar palavras certas e a compreensão de sinónimos e de verbos (definições e tempos verbais) é fraca. Para estas crianças é difícil seguir instruções mais complexas, sendo mais complicado recordar conceitos e frases novas. Ao nível do discurso, observa-se a dificuldade na capacidade de fornecer informações adequadas sobre um determinado evento ou de contar uma história de forma coerente (APA, 2013).

Surgem também dificuldades a nível psicomotor, nomeadamente na motricidade fina e grossa (Viholainen et al, 2007), a nível do jogo simbólico e de atividades com os pares, pois dependem da cognição, interação e processos linguísticos (Nip, Green & Marx, 2011). Existem ainda autores que referem também, que há alterações ao nível do comportamento (como a baixa autoestima, agressividade, agitação motora, irritabilidade, entre outros) (Sundheim & Voeller, 2004).

Associadas às Perturbações da Linguagem, podem estar outras perturbações (comorbilidade), como a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, a Perturbação do Espectro do Autismo, a Perturbação da Coordenação Motora e Dificuldades de Aprendizagem (APA, 2013; Sundheim & Voeller, 2004).

Quando há alterações na fala e linguagem ou um diagnóstico de Perturbação da Linguagem em crianças com mais de seis anos, muitas das vezes, estas persistem

também na vida adulta (Young et al, 2002; Amorim, 2011; Kelly & Sandiford, 2013). Uma criança com uma Perturbação da Linguagem apresenta um desenvolvimento atípico, sendo difícil prever o seu prognóstico e pode acarretar outros problemas de saúde mental ou psicossocial (e.g. ansiedade) (Beitchman & Brownlie, 2010; Kelly & Sandiford, 2013). Em certas situações, poderá ser um sinal de alerta, dado que, estes sintomas são comuns em diversas perturbações neurológicas, genéticas ou psiquiátricas (Amorim, 2011). Logo, é fundamental que haja uma deteção antecipada de alterações na fala e linguagem, de forma a orientar estas crianças e famílias para uma equipa multidisciplinar especializada de intervenção precoce (Amorim, 2011; McLeod & Harrison, 2009; Beitchman & Brownlie, 2010; Kelly & Sandiford, 2013).

O desenvolvimento da linguagem e fala é uma característica importante para o desenvolvimento global da criança, que mais tarde, terá influência no seu rendimento e desempenho escolar, além das dificuldades que existem na sua esfera psicossocial (Amorim, 2011; Simms, 2007).

3.4. Perturbações do Desenvolvimento: Síntese

Depois da leitura dos pontos anteriores, percebe-se que, uma Perturbação do Desenvolvimento acarreta problemas que comprometem o normal desenvolvimento da criança. Das perturbações analisadas, verifica-se que tanto o AGD, como as alterações do comportamento e as Perturbações da Linguagem têm implicações nas várias dimensões do desenvolvimento, tais como no comportamento, na linguagem, nas competências motoras e no desenvolvimento emocional e social.

É necessário que haja, uma deteção atempada de situações de risco ou de problemáticas que condicionam o desenvolvimento infantil, pelo que, várias investigações alertam para a importância da vigilância e consultas de saúde infantil. É nestas consultas que os processos de avaliação e monitorização permitem a deteção e identificação precoce de alguma perturbação, problema ou risco de desenvolvimento (Matos, 2009; Castelo & Fernandes, 2009), facilitando o diagnóstico e encaminhando a criança e respetiva família para uma equipa de intervenção especializada (McLeod & Harrison, 2009; Castelo & Fernandes, 2009).

A presença de uma dificuldade ou perturbação do desenvolvimento tem um impacto significativo na saúde mental, emocional ou comportamental da criança, que pode apresentar baixa autoestima, comportamentos depressivos, ansiedade, entre outros. Assim, a criança ao estar integrada numa equipa multidisciplinar, que envolve a família, médicos de pediatria e outros profissionais de saúde, bem como equipas de Educação e Serviço Social terá uma intervenção benéfica e eficiente (Waring & Seal, 2013), como é o caso das equipas de IP em Portugal, que articulam com a comunidade escolar, com

as famílias e médicos responsáveis e que incorporam na sua equipa técnicos de diversas especialidades (e.g. de Psicomotricidade).

Capítulo 2 – Enquadramento institucional formal

A atividade de estágio que ocorre no 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais), sob orientação, faculta ao estagiário a oportunidade de integrar e participar num contexto profissional, proporcionando novas vivências e aprendizagens no âmbito da sua atividade futura. As atividades de estágio ocorreram no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDC), que faz parte Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta (HGO) e que todos os anos recebe estagiários de diferentes áreas. Durante o ano letivo 2016/2017, integrou duas estagiárias de Reabilitação Psicomotora (uma de 1º ciclo e uma de 2º ciclo).

1. Contexto funcional: caracterização, missão e objetivos

O Hospital Garcia de Orta (HGO), situado no concelho de Almada, distrito de Setúbal e inaugurado em 1991, presta cuidados de saúde à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

De entre os vários serviços clínicos que oferece, encontra-se o Serviço de Pediatria, constituído pelas seguintes especialidades: Neonatologia, Desenvolvimento, Neuropediatria e Cuidados Intensivos. Sendo a nível organizacional um serviço que envolve sete áreas funcionais: Internamento e Hospital de dia; Urgência com unidade de curta duração; Consulta externa; Unidade de cuidados intensivos Neonatais e Pediátricos; Neonatologia/puerpério; Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento e Unidade de Pedopsiquiatria (Carvalho, 2005).

O Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDC), pertence ao serviço de pediatria do HGO e fornece atendimento a crianças e jovens com perturbações neurológicas e do desenvolvimento em idade pediátrica (até aos 18 anos). Os tratamentos e terapias disponibilizados estão integrados no Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo uma entidade pública, pelo que, a população-alvo do centro não paga qualquer taxa pelos serviços prestados.

A construção de um centro de desenvolvimento infantil era um dos principais objetivos desde da abertura do hospital, visionando-o como sendo um centro multiprofissional e especializado na avaliação e coordenação de crianças com necessidades especiais e respetivas famílias (Carvalho, 2005; CDC, 2009).

Em 1998, deu-se início à construção deste projeto, que contou com o apoio do Programa Saúde XXI e da Fundação Calouste Gulbenkian. No entanto, devido a questões

burocráticas, só em 2007 é que o centro se tornou funcional. Sendo nominado de Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, em homenagem ao Professor Torrado da Silva, um pediatra de mérito reconhecido em Portugal e pioneiro na promoção da humanização dos serviços hospitalares e da articulação entre os mesmos com os cuidados de saúde primários e a comunidade (CDC, 2009).

A missão do CDC centra-se na constituição de um centro multiprofissional integrado numa Unidade Hospital, visando o atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento. Presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas (agudas e crónicas) e perturbações do desenvolvimento psicomotor, bem como facultar apoio médico e psicossocial às famílias, articulando com a comunidade. Neste sentido, o centro tenta, a partir de uma assistência eficaz e eficiente, promover a qualidade e excelência, garantindo a equidade e universalidade de acesso à saúde, facultando uma resposta alternativa aos centros que são, na sua maioria, privados (CDC, 2009).

O centro tem também estruturados objetivos, que envolvem áreas como a investigação e apoio familiar, sendo estes os seguintes (CDC, 2009):

- 1) Atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, proporcionando uma investigação, avaliação e tratamento;
- 2) Apoio médico e psicossocial às famílias;
- 3) Promover a ligação à comunidade, incentivando a continuidade de ação, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários e à cooperação institucional;
- 4) Cooperar com os profissionais que atuam nos apoios educativos para avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança;
- 5) Servir de centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que ultrapassem as capacidades técnicas e que sejam reencaminhadas dos hospitais distritais da Zona Sul;
- 6) Colaborar na formação de profissionais, pais e outros técnicos através de formações e estágios específicos em áreas como a saúde e educação;
- 7) Desenvolver atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica;
- 8) Criar um pólo de investigação aplicada e ensaio de ajudas técnicas e novas tecnologias.

2. Atividades desenvolvidas (assistencial, formativa, científica)

O centro visa um trabalho de atuação em três grandes âmbitos: (A) o assistencial, (B) o formativo e (C) o científico (CDC, 2009).

- (A) A atividade assistencial é constituída por consultas individualizadas de diversas especializadas, por consultas multidisciplinares para perturbações mais

complexas e por intervenções terapêuticas em diferentes áreas. Atua em várias dimensões: consultas gerais, consultas pluridisciplinares, intervenções terapêuticas, enfermagem, serviço social e educação (CDC, 2009).

Nas consultas gerais, que podem ser de Desenvolvimento, Epilepsia, Neuropediatria, Reabilitação Pediátrica e Psicologia é feito um diagnóstico diferencial, uma monitorização e avaliação do desenvolvimento, fazendo o seu acompanhamento e propondo um plano adequado a cada situação. Esta tipologia de consultas permite um acompanhamento periódico da evolução da problemática e do desenvolvimento da criança, de acordo com o plano elaborado (CDC, 2009).

As consultas pluridisciplinares acontecem quando as perturbações/patologias afetam a vida da criança e sua família a nível psicológico, social ou biomédico e implicam a participação de vários profissionais da equipa do CDC. Estes diferentes profissionais, em conjunto estabelecem um plano de intervenção e reabilitação, centrado na criança, família e nas particularidades da sua patologia, atuando em diferentes vertentes do desenvolvimento (motor, sensorial, socioafetivo) e visando a sua qualidade de vida. Em relação às intervenções terapêuticas que abrangem especialidades de Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Fisioterapia e Psicomotricidade visam dar uma resposta adequada às necessidades específicas de cada criança, promovendo as capacidades das crianças como meio de maximizar a sua autonomia e integração na comunidade.

A Enfermagem intervém na adaptação da criança e família à sua condição de saúde, ajudando nas crises e alterações que decorrem do seu diagnóstico, facilitando a sua autonomia. O Serviço Social no CDC atua no sentido de minimizar os problemas sociais que dificultam o tratamento, o processo de reabilitação ou a integração após alta hospitalar. É um serviço que procura soluções para os diferentes problemas, estabelecendo estratégias a nível da elaboração do diagnóstico e/ou da definição de projetos de intervenção. Já a Educação fornece respostas e orienta a criança e família para os projetos de vida da criança, através da avaliação das situações analisadas e respetivo plano de intervenção; articula com os diferentes serviços da comunidade; dinamização de um gabinete para despiste e encaminhamento para os serviços na comunidade; e implementação de sistemas de comunicação aumentativa/alternativa (CDC, 2009).

- (B) O âmbito formativo consiste na realização de estágios regulares dirigidos a médicos, psicólogos, psicomotricistas e outros técnicos e na organização de ações de formação destinadas a pais e técnicos de áreas como a saúde, educação e segurança social (CDC, 2009).

Das ações de formação, uma atividade que se destaca é o Curso de Introdução à Neuropediatria e Desenvolvimento, que é uma formação de 32 horas. Ocorre anualmente e destina-se a todos os internos de pediatria, reabilitação, medicina geral e familiar e estudantes do 6º ano de medicina (CDC, 2009).

Há também ações de formação para médicos, pais e professores, relacionadas com a temática da Epilepsia, que conta também com a colaboração das reuniões gerais do Serviço de Pediatria. Nas reuniões multidisciplinares há a participação de toda a equipa do CDC e ocorrem com uma periodicidade variável (CDC, 2009). Existem igualmente reuniões de grupos de intervenção, realizadas semanalmente, com o objetivo de discutir e partilhar casos clínicos; reuniões de equipa, concretizadas todas as terças-feiras à tarde, com o mesmo objetivo. Todas as quintas-feiras de manhã, é realizado um *Journal Club*, que reúne todos os profissionais e estagiários do CDC, onde é apresentado um tema de interesse a toda a equipa. Este tema é escolhido pela pessoa que o apresenta. Ainda a nível formativo, são organizadas reuniões semanais de neurorradiologia; reuniões multidisciplinares mensais de cirurgia da epilepsia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; reuniões com as equipas de Intervenção Precoce de Sesimbra, Almada e Seixal, que ocorre de 2 em 2 meses; reuniões nacionais de Neuropediatria; reuniões com as equipas de Apoio Educativo; reuniões com professores e visitas às respetivas escolas; entre outros (CDC, 2009).

- (C) A Atividade Científica centra-se na elaboração e apresentação de trabalhos e projetos de investigação clínica em reuniões a nível nacional como internacional ou que podem ser publicados em revistas de especialidade na área do desenvolvimento infantil (CDC, 2009).

3. Modelo de atendimento

No que diz respeito ao modelo de atendimento do CDC, este constitui-se como um processo de assistência integral, que através de um trabalho multidisciplinar, tem o intuito de facultar o melhor atendimento e resposta terapêutica às suas crianças e famílias nos mais diversos domínios (biológicos, psicológicos e sociais). Observando atentamente a figura 1, verifica-se que as crianças chegam ao centro através de uma referenciação exterior, que exige a colaboração de diversos profissionais das diferentes especialidades. Em relação à Psicomotricidade, o processo ocorre segundo este modelo, onde as crianças são reencaminhadas, na sua maioria, pelos médicos de Desenvolvimento, da Neuropediatria e da Reabilitação Pediátrica.

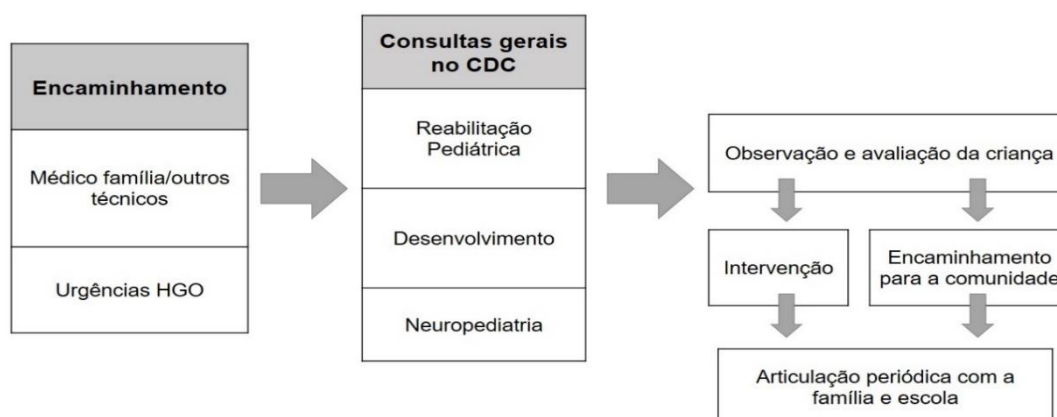


Figura 1 - Modelo de atendimento do CDC

Posteriormente, é marcada uma primeira consulta em conjunto com a Reabilitação Pediátrica, procedendo-se à observação avaliação da criança, que permitirá tirar conclusões sobre a mesma, aferindo as capacidades e dificuldades da criança. Se necessário, poderá ser facultado apoio terapêutico, ficando em intervenção no CDC, ou então a criança é encaminhada para a comunidade. Em ambas as situações é mantido o contacto periódico com a família e escola, com o objetivo de se fazer um levantamento da evolução da criança (Carvalho, 2005).

4. Recursos

4.1. Humanos: Equipa multidisciplinar

Através da exposição das atividades assistencial, formativa e científica (ponto 2) que são desenvolvidas no CDC, torna-se revelante caracterizar a equipa multidisciplinar, formada por técnicos de diferentes áreas e que prestam um apoio global e especializado às crianças atendidas. Neste sentido, integram a equipa os seguintes profissionais: três neuropediatras, cinco pediatras do desenvolvimento e dois médicos de reabilitação pediátrica; duas terapeutas ocupacionais, duas terapeutas da fala uma psicomotricista; quatro psicólogas, três enfermeiras, uma assistente social, uma professora e uma educadora de ensino especial. Tem também uma assistente operacional e duas assistentes administrativas (CDC, 2009).

4.2. Espaço e materiais

O CDC localiza-se no piso 0 de um edifício independente do HGO, sendo que no piso superior se encontra o serviço de Psiquiatria. O centro foi criado e projetado para que fosse um espaço dedicado à sua população alvo – as crianças, transformando-se num local acolhedor, acessível e agradável.

A decoração do espaço foi concebida pela organização internacional *Paint a Smile*, onde as paredes pintadas que vão desde a sala de espera até às salas da intervenção e gabinetes de consultas, promovem um ambiente calmo, divertido e lúdico, ao mesmo

tempo que representam uma história. Desta forma, é possível proporcionar um ambiente afetuoso e tranquilo, tanto para as crianças como para as famílias e profissionais (CDC, 2009).

O CDC, é composto por várias salas adequadas a cada uma das especialidades e que estão adaptadas tanto a nível funcional e instrumental, como relacional e motivacional (CDC, 2009). Para além disso, é constituído por duas grandes componentes: uma área reservada às consultas e intervenções; e uma outra, reservada à equipa técnica (anexo II). Há também uma sala de espera, que contém uma zona lúdica com jogos e brinquedos para as crianças.

Em relação ao espaço destinados para as consultas e intervenções, esta área começa pela receção e sala de espera, continuando por um corredor principal que dá a acesso a nove gabinetes médicos, duas salas de observação/avaliação, uma sala de Terapia da Fala, duas salas de Terapia Ocupacional, uma sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade, um gabinete para o Serviço Social, um gabinete para a Educação, uma sala de Tecnologias de Apoio, uma sala de tratamentos e uma sala de apoio.

No que diz respeito à Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade (Fig. 2.2), espaço onde decorrem a maior parte das sessões de Psicomotricidade, é constituída por uma grande variedade de materiais (anexo III), como por exemplo, piscina de bolas, banco sueco, espelho, espaldar, colchões, bolas de diferentes texturas, tamanhos e cores, pinos, baloiços, entre outros. A sala é composta por duas portas, uma que dá aceso ao corredor principal e uma outra direccionada para o corredor que se encontra na parte traseira das salas. Ao pé desta porta traseira, estão três armários que guardam outros materiais, jogos e brinquedos que se podem usar nas sessões de intervenção psicomotora.



Figura 2 - (1) Corredor principal de acesso à sala de Psicomotricidade; (2) Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade

A sala de avaliação 1 é outro espaço que é também usado pela Psicomotricidade, pelas suas características menos distráteis. É um espaço reservado à realização das primeiras consultas com as crianças e famílias, sendo uma sala composta por duas mesas de trabalho (uma de menores dimensões, adaptada para as crianças), cadeiras e um armário com alguns materiais. Constituiu-se assim como um local mais adequado para que a prestação da criança nas tarefas de avaliação formal (que será apresentada no ponto 4.1. da segunda parte) não seja condicionada.

A área reservada à equipa técnica é composta por uma sala de secretariado, duas salas de trabalho, uma sala de coordenação, uma sala de reuniões/formação (espaço usado também em algumas sessões de grupo de Psicomotricidade), uma sala de pausa, uma biblioteca e um balneário.

Parte II – Realização da prática profissional

Depois de ter sido feita uma caracterização da instituição, nesta segunda parte estarão expressas todas as atividades realizadas durante o período de estágio, caracterizando os processos de avaliação e intervenção psicomotora e apresentando os casos acompanhados individualmente e em grupo. Encontra-se dividida em cinco capítulos: 1. Calendarização e organização das atividades; 2. Horário de estágio; 3. População atendida; 4. Processo de intervenção; 5. Intervenção Psicomotora; e 6. Atividades complementares.

1. Calendarização e organização das atividades

A 6 de outubro de 2016, houve uma reunião com a Dra. Joana Carvalho (orientadora local) em conjunto com a estagiária de 1º ciclo. Nesta reunião, a Dra. Joana fez uma apresentação do centro, explicando resumidamente o funcionamento e organização do mesmo e ao nível da Psicomotricidade. Foram acordados horários flexíveis (ponto 2) para ambas as estagiárias, bem como as suas funções numa fase inicial.

O início do estágio foi adiado duas semanas por motivos de saúde da orientadora local, tendo iniciado formalmente a 24 de outubro de 2016 e terminando a 30 de junho de 2017 (oito meses).

Como se pode observar na tabela 2, nas primeiras semanas de estágio houve um período de integração da estagiária, que teve um papel mais passivo e que observou as intervenções individuais e em grupo e as avaliações psicomotoras realizadas pela Dra. Joana. Assim como também houve, a oportunidade de assistir a consultas realizadas em conjunto com outras especialidades e consultas com pais de crianças já acompanhadas pelo centro. No mês de dezembro, alguns dos casos já seguidos em Psicomotricidade foram transmitidos à estagiária, que começou a ganhar um papel mais ativo na intervenção e dinamização das sessões.

Tabela 2 - Calendarização e organização das atividades de estágio

2016				2017									
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Integração na equipa e observação													
Avaliações Iniciais													
Intervenção Psicomotora													
Avaliações finais													
Relatório de estágio	Redação												
	Revisão												
	Entrega												

Em janeiro de 2017, deu-se início às avaliações iniciais dos estudos de caso, embora nos restantes meses, a estagiária tenha realizado avaliações formais a outras crianças. Nas últimas duas semanas de junho, foram realizadas as avaliações finais e outras

avaliações (reavaliações) de crianças que estiveram em processo de intervenção e que foram acompanhadas pela estagiária. Estas reavaliações tinham como finalidade observar melhorias e evoluções por parte da criança e cujos resultados ajudavam a tomar uma decisão após intervenção, em conjunto com os pais e médicos responsáveis. Algumas crianças tiveram alta, enquanto outras considerou-se a possibilidade de, no próximo ano letivo, entrar em contacto com as famílias, para perceber a necessidade de a criança ser ou não acompanhada em Psicomotricidade.

A partir de fevereiro de 2017, a estagiária começou a ganhar um papel mais participativo e ativo em todas as dinâmicas da intervenção psicomotora no CDC, desde as avaliações formais às intervenções individuais e em grupo. Entre os meses de março e maio de 2017, devido à ausência da orientadora local por motivos de saúde, a estagiária assumiu maior responsabilidade, começando também a realizar primeiras consultas, em conjunto com os médicos de Reabilitação Pediátrica, tal como já foi explicado no ponto 3 do capítulo 2 da primeira parte.

2. Horário de estágio

No que diz respeito ao horário de estágio (tabela 3), numa primeira fase (fase de integração), o número de horas era mais reduzido, das 9h às 16h, onde a estagiária, tal como já foi referido acompanhava a orientadora local, observando as consultas e intervenções. Numa fase mais avançada, com o aumento do número de crianças a necessitar de intervenção, estendeu-se o horário de estágio até às 17h às segundas e quartas-feiras e, até às 16h30 às quintas-feiras.

Tabela 3 - Horário de estágio

	Segunda-feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã (9h-13h)	Sessões individuais		Primeiras consultas e Avaliações	Journal Club	Sessões individuais
	Trabalho de secretária			Sessões individuais	
Almoço					
Tarde (14h-17h)	Sessão de grupo	Reunião de Equipa CDC	Sessão de grupo	Sessões de grupo	
	Sessões individuais	Reunião de estágio	Sessões individuais		

De forma geral, a estagiária estava quatro dias por semana no CDC (todos os dias úteis, à exceção de terça-feira). Contudo, quando necessário, deslocava-se ao centro às terças-feiras para realizar avaliações e/ou outras consultas de devolução de resultados, fazer ponto de situação com os médicos e famílias, ou ainda, para participar em reuniões de equipa. Nos primeiros meses houve também, com alguma frequência, reuniões de estágio com a orientadora académica e restantes colegas do núcleo de estágio, embora com o passar do tempo e como o trabalho realizado em cada local foi sendo cada vez

mais específico, ficou acordado agendar reuniões individualmente com a orientadora sempre que necessário.

A participação no *Journal Club* foi frequente ao longo de todo o período de estágio, salvo exceções, em que esse horário era reservado para uma avaliação ou consulta, por dificuldade em gerir ou compatibilizar horários com os pais e crianças.

Neste sentido, estágio realizou-se numa média de 28 horas semanais, durante 34 semanas, fazendo um total de 952 horas aproximadamente.

3. População atendida no Serviço de Psicomotricidade

Ao longo do período, a estagiária observou 57 crianças (12 do género feminino e 50 do género masculino) com idades compreendidas entre os 4 e 13 anos (média de idades 6 anos) (anexo I).

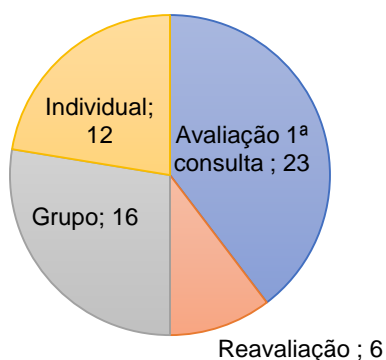


Gráfico 1 - Crianças acompanhadas em Psicomotricidade

Das 57 crianças (gráfico 1), 6 foram reavaliadas e 28 foram acompanhadas em intervenção psicomotora, nível individual (12 crianças) e em grupo (16 crianças). As restantes (23 crianças) foram apenas avaliadas e posteriormente encaminhadas. De entre as 23 crianças avaliadas numa primeira consulta de Psicomotricidade, 4 foram avaliadas em conjunto com a estagiária de 1º ciclo e 6 estavam inseridas no Protocolo dos Prematuros, projeto organizado pelo centro, com o intuito de fazer a vigilância do desenvolvimento das crianças que nasceram prematuras. Este protocolo abrange todos os bebés prematuros nascidos no HGO e o CDC encarrega-se de fazer o acompanhamento nas fases mais importantes do desenvolvimento e de fazer o despiste de problemas que possam surgir, avaliando a criança em várias especialidades, como a psicologia, terapia da fala e psicomotricidade.

Das crianças avaliadas algumas tiveram alta, outras ficaram a aguardar intervenção no centro ou foram encaminhadas para outros apoios no exterior. Das 28 acompanhadas em intervenção psicomotora, seja em grupo ou individual, 9 crianças foram avaliadas ou reavaliadas a nível formal com o TPMBO-2 pela estagiária.

Em relação aos diagnósticos (gráfico 3) a maioria não apresentava um diagnóstico estabelecido (14 crianças), pelo que eram referenciadas, no geral, por revelarem dificuldades de atenção, dificuldades na motricidade fina e/ou global, agitação motora, dificuldades nas relações sociais, alterações de comportamento, entre outros. Das restantes crianças, 18% apresentavam um Atraso do Desenvolvimento Psicomotor, 14% tinham um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (incluídos diagnósticos como o Síndrome de Asperger), 10% revelavam uma Perturbação da Linguagem e em menores percentagens estavam a PHDA (6%) e a PCM e Perturbação Regulatória, ambas com 4%. Por sua vez, 16% dizem respeito a outros diagnósticos, como a Perturbação da Vinculação, Perturbação da Comunicação, Ataxia, Epilepsia, Neurofibromatose tipo I, Perturbação Oposição-Desafio e Síndrome de Kabuki.

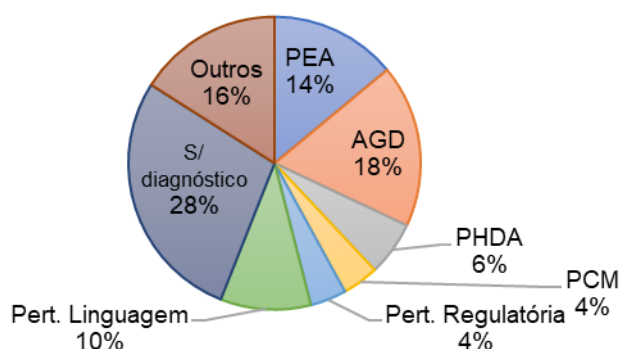


Gráfico 2 - Diagnósticos das crianças acompanhadas

4. Processo de intervenção

Depois das crianças serem encaminhadas para a Psicomotricidade, dá-se início ao processo de intervenção, estabelecendo-se um primeiro contacto com a família e criança, com o intuito de aferir o percurso de desenvolvimento da criança, quais são as preocupações e perspetivas dos pais, recolher informações das dinâmicas familiares, procurando-se também reunir informação de outros contextos (familiar e escolar). Há também o esclarecimento à família acerca do processo de avaliação e intervenção psicomotora. Posteriormente, é dado início à avaliação formal da criança, que poderá demorar, em média, duas a três sessões.

Após concluída a avaliação, é agendada uma consulta de devolução dos resultados da avaliação aos pais, fazendo-se um levantamento das capacidades e dificuldades da criança, que atividades se podem fazer para a ajudar a superar as suas dificuldades, facultando estratégias aos pais, com o intuito de os ajudar a lidar com as problemáticas e comportamentos dos seus filhos, entre outras questões. É também elaborado um relatório de observação psicomotora (anexo IV), que descreve de forma sucinta os

aspectos observados e são enunciadas as áreas de desenvolvimento onde se verificam as maiores dificuldades, salientando as áreas fortes e menos fortes da criança e o tipo de resposta que pode ser dada em termos de intervenção. Este relatório é, sempre que necessário, discutido com o médico responsável e é entregue aos pais.

Sempre que possível, procura-se oferecer uma resposta de intervenção no CDC, que pode ser individual ou em grupo e que vai ao encontro das necessidades atuais da criança e da família. Mesmo que a resposta mais adequada à criança seja uma intervenção em grupo, em geral, é feita numa primeira instância intervenção individual, de forma a conhecer melhor a criança, as suas características e comportamento e só depois é integrada num grupo que se adapte às suas características.

Quando não há a necessidade de uma intervenção, ou quando o número de vagas em Psicomotricidade não permite acompanhar mais casos, as crianças são reencaminhadas para outras especialidades ou intervenção no exterior. Contudo, independentemente de existir ou não este apoio no CDC, sugere-se na maioria das vezes que, estas possam ser integradas numa atividade complementar (e.g. atividades desportivas, como a natação ou uma arte marcial) no exterior.

A articulação entre os diferentes técnicos e pessoas que têm contacto com a criança é constante ao longo do processo, visto que, uma criança pode ser acompanhada por outras especialidades. Há desta forma, além do contacto com as famílias, contacto com outros profissionais que conhecem a criança, como educadores/professores, técnicos de IP, entre outros, que ajudam no planeamento e implementação da intervenção.

Após uma intervenção psicomotora no CDC é redigido um relatório de intervenção, fazendo-se um resumo da intervenção e uma comparação da observação pré e pós intervenção, sintetizando-se as principais conclusões acerca da evolução da criança e do processo de intervenção. É também enunciada a necessidade de dar ou não continuidade ao apoio em Psicomotricidade, de acordo com os progressos da criança, sendo estabelecidos os contactos necessários de forma a dar continuidade ao trabalho na comunidade onde a criança se insere.

4.1. Observação/avaliação Psicomotora e instrumentos de avaliação

Tal como já foi referido, assim que as crianças são encaminhadas para a Psicomotricidade, dá-se início ao processo de avaliação/observação. Neste sentido, é feita uma avaliação formal, onde é aplicado o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2) (descrito no ponto seguinte), geralmente na primeira consulta, após breve conversa com os pais/prestadores de cuidados.

Em certos casos, não é possível avaliar formalmente uma criança, principalmente se esta não se demonstrar disponível para colaborar nas atividades do TPMBO-2 (e.g. foge ou evita realizar uma atividade) ou quando, dadas as suas características próprias não consegue realizar as atividades do teste. Assim, quando acontecem estas situações, realiza-se uma observação/avaliação informal, inserindo a criança num contexto de carácter mais lúdico: sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade. Neste espaço, a criança tem a oportunidade de explorar o espaço de forma livre, espontânea e segura. Durante esse período, é importante tentar estabelecer uma relação empática com a criança, ao mesmo tempo que se observa a forma como esta se comporta no meio envolvente.

No âmbito dos estudos de caso, foram também aplicados outros instrumentos de avaliação, alguns validados, outros adaptados ao estudo de caso em si, como forma de recolher mais informações acerca das crianças; nomeadamente, o Questionário do Comportamento da Criança 1 1/2 – 5 anos para pais e professores, a Escala de Avaliação entre Pares, uma *Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança* e um *Inventário das Rotinas e Interesses da Família*, que serão descritos nos pontos que se seguem.

4.1.1. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – 2ª Edição (TPMBO-2) corresponde a um teste de referência à norma, aplicado individualmente, composto por atividades que avaliam as capacidades motoras finas e globais em indivíduos com idades compreendidas entre os 4 e 21 anos. Pode ser utilizado por profissionais da área da saúde e educação e permite o despiste de perturbações do desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem, separando as capacidades motoras finas das globais (Bruininks & Bruininks, 2005).

É um instrumento que pode ser aplicado na sua versão completa (53 itens) ou reduzida (14 itens), ambas compostas por oito subtestes (1 - Precisão motora fina; 2 - Integração motora fina; 3 - Destreza manual; 4 - Coordenação bilateral; 5 – equilíbrio; 6 - velocidade de corrida e agilidade; 7 - coordenação dos membros superiores; e 8 - Força) divididos por quatro áreas motoras: Controlo manual fino, Coordenação manual, Coordenação do corpo e Força e agilidade (tabela 4) (Bruininks & Bruininks, 2005).

No que diz respeito à área do Controlo Manual Fino, esta avalia a precisão do controlo e movimento das mãos através da escrita e desenho; a Coordenação Manual avalia as habilidades motoras na coordenação das mãos e braços, envolvendo tarefas de manipulação, destreza e precisão; o Controlo do Corpo avalia a coordenação dos

membros superiores e inferiores e o equilíbrio; e por último, a área da Força e Agilidade que avalia a velocidade e forças dos grandes músculos (Bruininks & Bruininks, 2005).

Tabela 4 - Áreas motoras que compõem o TPMBO-2 (Bruininks & Bruininks, 2005)

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, 2ª Ed. (TPMBO-2)	Controlo Manual Fino	Precisão Motora Fina
		Integração Motora Fina
	Coordenação Manual	Destreza Manual
		Coordenação dos membros superiores
	Controlo do Corpo	Coordenação Bilateral
		Equilíbrio
	Força e Agilidade	Corrida de Velocidade e Agilidade
		Força

A cotação varia de item para item e os resultados obtidos traduzem-se em quocientes e informações qualitativas do desenvolvimento em cada área motora avaliada. Há também, um quociente geral (resultado final global) da proficiência motora do sujeito. A cada resultado obtido, seja num subteste ou área é atribuída uma qualificação (muito abaixo da média, abaixo da média, média, acima da média e muito acima da média) (Bruininks & Bruininks, 2005). É importante salientar que, os resultados estão apenas padronizados para a população americana, ainda não existindo resultados para a população portuguesa (Carvalho, 2011).

A versão completa é considerada pelos autores a melhor forma de aplicar o TPMBO-2, dado que permite uma avaliação completa da proficiência motora e uma análise global das áreas fortes e menos fortes da pessoa avaliada. No entanto, a versão reduzida tem a vantagem de ser mais fácil e rápida de aplicar, pelo que, normalmente se usa como forma de rastreio (Bruininks & Bruininks, 2005).

Neste sentido, no CDC, sempre que possível, é aplicada a versão completa do teste, pois os resultados permitem retirar conclusões mais completas de todas as áreas do desenvolvimento motor. No entanto, em algumas situações (e.g. crianças mais pequenas) é aplicada a versão reduzida, optando-se, sempre que possível, por aplicar os três primeiros subtestes de forma completa, permitindo uma análise mais completa das áreas da motricidade fina, associadas ao início da escolaridade (iniciação da escrita) (Carvalho, 2011).

4.1.2. Questionário de Comportamento da Criança 1 1/2 5 anos

Achenbach (1991) desenvolveu, dois instrumentos de avaliação, o *Child Behaviour Checklist* (CBCL) – em português Questionário do Comportamento da Criança para Pais, e o *Teacher's Report Form* (TRF) – na versão portuguesa Questionário do Comportamento da Criança para Professores, visando a avaliação dos problemas de comportamento das crianças e jovens.

A primeira versão portuguesa deste questionário teve como base a versão de Achenbach, de 1991, e tinha como população-alvo, crianças e jovens dos 6 aos 18 anos (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). Mais recentemente, surgiu uma nova versão, mais simplista e com novas ferramentas. Nesta nova versão, foi estruturado um novo sistema de avaliação, agora direcionado também para o período pré-escolar (até aos 5 anos), permitindo a recolha simples e de baixo custo de diversos aspetos do funcionamento comportamental, emocional e social da criança (Achenbach et al, 2014). Para esta faixa etária, existem também dois instrumentos, um para pais e outro para educadores de infância ou auxiliares educativos (CBCL e C-TRF).

O Questionário do Comportamento da Criança para Pais (CBCL) permite conhecer a perceção dos pais ou outros prestadores de cuidados em relação ao comportamento, problemas e competências da criança. É composto por 99 itens de resposta restrita (de 3 níveis) e 3 questões de resposta aberta, orientados para perceber problemas comportamentais, emocionais e sociais característicos de crianças em idade pré-escolar (Achenbach et al, 2014).

Os 99 itens estruturados estão divididos em sete escalas (tabela 5): I. Reatividade Emocional, II. Ansiedade/depressão, III. Queixas Somáticas, IV. Isolamento, V. Problemas de Sono, VI. Problema de atenção e VII. Comportamento Agressivo, que se inserem em duas escalas mais amplas: Internalização (engloba as escalas I, II, III e IV) e Externalização (abrange as escalas VI e VII). Apenas a escala V – Problemas do sono não se integra em nenhuma destas escalas (Achenbach et al, 2014).

Os itens podem ser cotados com uma escala de *Likert* de 3 níveis, que vai de 0 a 2, onde 0 corresponde a “não é verdadeira”, 1 a “de alguma forma ou algumas vezes verdadeira” e 2 a “muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira”. A soma da cotação atribuída a cada item faculta um resultado final em cada uma das sete escalas enunciadas e permite também obter um resultado global. O valor obtido em cada escala será o valor que vai corresponder a um valor na coluna de números do gráfico, observando-se onde a criança se posiciona em relação à amostra normativa da escala. A posição deste valor irá dizer-nos se é um resultado normativo, *borderline* (revela alguma preocupação) ou clínico (valor clinicamente significativo) (Achenbach et al, 2014).

O mesmo acontecerá nas escalas de Internalização e Externalização, onde o resultado total advém da soma dos resultados obtidos em cada escala que as constituem, resultando num valor de percentil. Que pode ser inferior a 65 (nível normativo), entre 65 e 70 (nível *borderline*) e superior a 70 (nível clínico) (Achenbach et al, 2014).

O Questionário do Comportamento da Criança para professores, educadores de infância ou auxiliares educativos (C-TRF) é composto, à semelhança do questionário direcionado para os pais ou prestadores de cuidados, por 99 itens de resposta restrita (com os mesmos níveis de 0 a 2) e 3 de resposta aberta, sendo que, a maioria dos itens que estavam relacionados com o contexto familiares estão, neste questionário, adaptados ao contexto pré-escolar (Achenbach et al, 2014).

No que diz respeito às escalas que constituem o C-TRF, são as mesmas, à exceção da escala V (Problemas de Sono), como se pode aferir na tabela 5. Em relação aos resultados, estes são obtidos da mesma forma que no questionário para pais (CBCL).

Tabela 5 - Estrutura dos questionários CBCL e C-TRF (Achenbach et al, 2014)

CBCL 1 1/2 - 5			C-TRF 1 1/2 - 5		
Internalização	I	Reatividade Emocional	Internalização	I	Reatividade Emocional
	II	Ansiedade/Depressão		II	Ansiedade/Depressão
	III	Queixas Somáticas		III	Queixas Somáticas
	IV	Isolamento		IV	Isolamento
-	V	Problemas de Sono	-		
Externalização	VI	Problemas de Atenção	Externalização	V	Problemas de Atenção
	VII	Comportamento Agressivo		VI	Comportamento Agressivo

4.1.3. Grelha de Observação das Relações entre Pares (Adaptado)

A escala *Assessment of Peer Relations* (APR), desenvolvida por Guralnick (2003), foi concebida para melhorar as competências sociais nas relações de pares de crianças pequenas (3-5 anos). Apesar desta escala, numa primeira instância se destinar a crianças com deficiência, pode ser aplicada a outras crianças que revelem problemas em estabelecer e manter relações produtivas e bem-sucedidas com os seus pares. (Guralnick, 2003).

As relações de pares são orientadas por processos importantes de socialização que determinam a qualidade das relações das crianças e, ao compreender esses processos, nomeadamente os processos cognitivos e emocionais e o processo de interação a dois, estes podem fornecer uma linha orientadora para desenvolver estratégias de intervenção. Assim, esta escala funciona como um guia na formulação de hipóteses que expliquem as dificuldades que uma criança apresenta nas suas relações com os pares. Seguindo dois propósitos: educacional e clínico. O primeiro explicita que, estabelecer relações entre pares é um processo integrativo que depende do desenvolvimento de competência competências fundamentais; e, o segundo, auxilia profissionais na compreensão e explicação das dificuldades que uma criança pode manifestar nas relações com outras crianças (Guralnick, 2003).

A APR é composta por três secções e em cada uma existem várias afirmações, que têm como resposta uma escala de *Likert* (1 – raramente; 2 - por vezes; 3 – frequentemente; e 4 - quase sempre), como forma de avaliar o comportamento das crianças e dos seus pares, observando as atividades lúdicas e de jogo. Na tabela 6, estão explicitas, de forma resumida, cada uma das seções da APR.

Tabela 6 - Secções que organizam a APR (Guralnick, 2003)

Secção I	Fornece informações gerais da natureza das interações da criança; nível de envolvimento das crianças; iniciação das interações e sucesso da mesma; avalia também os processos de regulação emocional, compreensão partilhada, regras sociais, jogo simbólico.
Secção II	Organizada em três tarefas sociais importantes: 1) entrada no grupo de pares; 2) resolução de conflitos; e 3) jogo mantido.
Secção III	Processos de regulação emocional e cognitivo-sociais (componente processuais que as crianças utilizam numa troca social). Avaliação da capacidade da criança para reconhecer tarefas sociais específicas.

No âmbito do estágio, foi elaborada uma grelha de avaliação, que foi adaptada tendo como base a Secção I da APR (anexo XII), por ser mais fácil de aplicar no contexto das intervenções de grupo do CDC.

4.1.4. Instrumentos adaptados para avaliação de estudo de caso

De modo a complementar a avaliação formal realizada no CDC, houve a necessidade de criar outras escalas de avaliação informal em contexto de sessão. Deste modo, nos pontos seguintes serão expostas as caracterizações destas mesmas escalas, que foram elaboradas no mês de janeiro de 2017 pelas estagiárias do presente ano letivo, tendo como base outros instrumentos de avaliação.

4.1.4.1. Grelha de observação informal do comportamento da criança

A *Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança* (anexo V) divide-se em três partes: uma primeira parte de resposta aberta onde o avaliador caracteriza de forma sucinta o comportamento da criança face ao adulto (e.g. apresenta comportamentos de oposição-desafio); a segunda parte é composta por 25 itens divididos por quatro grandes áreas (envolvimento nas tarefa, relação com o material, comunicação verbal e comunicação não-verbal), que podem ser cotados de 1 a 4 sendo: 1 – nunca, 2 – por vezes, 3 – frequentemente, 4 – quase sempre, havendo ainda a opção de NO – não observado; e, a terceira parte, na qual o avaliador poderá registar observações em relação a outros comportamentos que considere relevantes (e.g. apresenta comportamentos repetitivos).

Esta escala teve como base os instrumentos *Grelha de Observação de Comportamento – GOC* (Marques, Castro, Gonçalves & Martins, 2012) e *TABS Assement Tool* (Neiswort, Bagnato, Salvia & Hunt, 1999 traduzido e adaptado por Vaz, Lopes & Brandão, 2009), escalas que avaliam o comportamento da criança.

A grelha estruturada permite fazer um registo dos comportamentos e atitudes da criança, fazendo-se uma recolha de informação no domínio do envolvimento e participação nas tarefas, relação com o adulto e comunicação verbal e não-verbal. Com o preenchimento desta grelha no início e final do período de intervenção psicomotora, será possível identificar os progressos e evoluções da criança a nível comportamental.

4.1.4.2. Inventário das Rotinas e Interesses da Família

Tendo em conta a importância de envolver a família no processo de intervenção, torna-se relevante perceber de que modo se encontra estruturado o dia-a-dia da criança, conhecendo melhor as suas rotinas e os interesses da família.

Neste sentido, foi aplicado um questionário à família (anexo VI), sendo adaptado um Inventário das Rotinas e Interesses da Família, baseado nos instrumentos *Family Routines Inventory* e no *Family Interest Survey*.

O *Family Routines Inventory* foi construído por Boyce e colaboradores (1983, cit in Silva et al, 2010), com o objetivo de avaliar e analisar a quantidade e diversidade das atividades quotidianas (rotinas) realizadas por uma família. Assim, o inventário das rotinas construído é composto por 26 itens relacionados com o quotidiano familiar e podem ser cotados pela alternativa que melhor descreve a frequência com que os comportamentos dos diversos membros de uma família ocorrem ao longo da semana (“quase nunca”, “1 a 2 vezes por semana”, “3 a 5 vezes por semana” e “todos os dias”).

Já o *Family Interest Survey*, dos autores Cripe & Bricker (1993), traduzido como Inventário dos Interesses da Família, visa averiguar os interesses da família, estando dividido em três partes: 1) interesses relacionados com a criança; 2) interesses relacionados com a família; e 3) interesses relacionados com os recursos disponíveis na comunidade. Tendo três opções de resposta: 1) se o item constituir um interesse prioritário; 2) se estiver interessado no item, mas este não constituir uma prioridade atual; e 3) se não estiver interessado no momento. No presente estágio, foram apenas aplicadas as duas primeiras partes do Inventário dos Interesses da Família, traduzido e adaptado por Santos e Brandão (2002).

4.2. Estratégias de intervenção

Crianças com necessidades especiais carecem de ajudas/orientações para compreender determinadas tarefas e/ou comportamentos (Sandall & Schwartz, 2008). Estas ajudas podem ser verbais ou físicas, caracterizando-se de, por exemplo, reforços, *feedbacks*, demonstração, entre outros. Há também a instrução como forma de facultar a informação à criança sobre a uma determinada tarefa (Levac, Wishart, Missiuna & Wright, 2009).

Skinner (1904-1990) definiu o conceito de reforço como consequência de um comportamento que poderá aumentar a probabilidade de que o mesmo se repita. Considerou dois tipos de reforço: o positivo e o negativo. O primeiro que se relaciona com uma recompensa para que o comportamento se repita (e.g. elogios, brinquedos...) e o segundo que estimula a repetição de um comportamento que vise a diminuição de um acontecimento mais desajustado. Denote-se a distinção entre um reforço negativo e a punição que, ao invés do primeiro, pretende a supressão de um comportamento negativo (Papalia, 2006).

O *feedback* é uma reação do profissional face à prestação da criança, visto que, esta tem também o interesse e a necessidade de saber o que o técnico pensa sobre o que ela faz ou diz. Um *feedback* pode ser uma resposta de carácter positivo ou negativo e seja qual for (e.g. sucesso ou insucesso), este funcionará como um estímulo, sendo esta uma ação de informação, motivação e/ou reforço (Cabral, 2001; Levac, Wishart, Missiuna & Wright, 2009).

Para além das estratégias enunciadas, existem outras que podem complementar uma intervenção com crianças e suas famílias. Como é o caso de trabalhar em conjunto com as famílias (Fields, Perry & Fields, 2010), ao orientar e comunicar com os pais, com o intuito de os ajudar a lidar e a compreender o seu filho. Pois, por vezes, os pais necessitam de receber informações acerca da fase de desenvolvimento em que o seu filho se encontra (Pardo & Carvalho, 2011).

Outro aspeto que pode ser trabalhado em contexto de intervenção, tanto em sessão individual como em grupo, é a análise dos comportamentos, consciencializando as crianças das suas ações (Nabais & Guerreiro, 2005; Fields, Perry & Fields, 2010). O técnico ajuda a criança a fazer uma leitura dos seus comportamentos, ajudando-a assim, a organizar as suas decisões e escolhas, uma vez que, a criança é capaz de aprender através dos seus sucessos e insucessos (Fields, Perry & Fields, 2010; Costa, 2005).

Nas sessões de grupo, as reflexões grupais ajudam as crianças a ouvir as diferentes opiniões e visões dos restantes colegas. O conseguir regular as suas emoções e comportamento ajuda a criança a gerir os seus sentimentos, ao mesmo tempo que é capaz de se colocar na perspetiva do outro, percecionando também os seus sentimentos (Fields, Perry & Fields, 2010).

5. Intervenção Psicomotora

Durante o período de estágio, a estagiária acompanhou 12 crianças a nível individual e 16 crianças distribuídas por 5 grupos (tabela 7). Como, não é possível apresentar todos

os casos de intervenção de forma detalhada, foi feita a seleção de dois estudos de casos (um individual: M.S. e de grupo: Grupo Pré-escolar) que estarão expostos na terceira parte. Neste subcapítulo estarão expostos de forma breve os restantes casos, quer a nível individual (ponto 5.1.1), quer a nível de grupo (ponto 5.1.2).

Tabela 7 - Horário das crianças acompanhadas em intervenção psicomotora individual e em grupo

Horas	2ª f		Horas	4ª f	Horas	5ª f	Horas	6ª f
-	-	9h – 13h	1ª consultas; avaliações formais	9h – 9h30	<i>Journal Club</i>	-	-	
9h15-10h	M.P.			9h45 – 10h30	D.M.	9h15 – 10h	S.M.	
10h -10h45	M.S			10h45 – 11h30	R.L.	10h – 10h45	V.N ou S.S.	
Trabalho de secretária.				11h30 – 12h15	A.R.	11h – 11h45	G.F.	
Pausa para almoço								
14h – 15h	Grupo 1	14h – 15h	Grupo pré- escolar	13h45 – 14h30	Grupo 2			
15h30 – 16h15	L.C.			A.M.R.	Grupo 3			
16h15 – 17h	H.B.			C.M.	Grupo 4			

5.1.1. Intervenção individual

No que diz respeito à intervenção individual, tal como foi dito anteriormente, foram acompanhadas 12 crianças de diferentes idades e problemáticas, com frequência semanal com uma duração de 45 minutos. Destas crianças apoiadas, 5 tiveram sessões dinamizadas pela estagiária de 2º ciclo em conjunto com a do 1º ciclo. Primeiramente, serão expostos os casos acompanhados apenas pela estagiária de 2º ciclo e, posteriormente, os casos seguidos em conjunto com a outra estagiária.

A.M.R. (feminino, 7 anos)

A A.M.R. nasceu a 31 de dezembro de 2009. Atualmente, vive em Almada com os pais e dois irmãos mais novos (um irmão com 7 anos, com um diagnóstico de PEA e uma irmã). A mãe de 44 anos, tem o 12º ano e trabalhou como rececionista, estando de baixa há dois anos. O pai de 43 anos é motorista de transportes públicos. Por volta dos 4 anos, começou a ser observado um atraso de desenvolvimento ao nível da linguagem (não estruturava frases completas) e dificuldades na motricidade fina.

Em novembro de 2016, já manifestava mais jogo simbólico e comunicação espontânea e frases adequadas ao contexto. Contudo, no sentido de colmatar as suas dificuldades na relação e também no domínio da motricidade, foi proposta intervenção psicomotora. Para além deste apoio, a A.M.R. tem também acompanhamento psicoterapêutico periódico.

A A.M.R. era uma menina que preferia atividades com maior movimento, gostava de correr, saltar e realizar circuitos motores, demonstrando-se mais resistente em realizar puzzles, legos ou desenhos. Numa fase inicial, era observável uma maior dispersão das tarefas, permanecendo pouco tempo nas mesmas e queria fazer muitas coisas ao mesmo tempo, revelando dificuldades em se organizar numa atividade. Com algum *feedback* e reforço retomava as atividades, mas dada a sua agitação não lhes dava

continuidade. No decorrer das sessões, foi estando mais espontânea na relação, mais organizada no espaço e mais envolvida nas tarefas. Apresentou maior capacidade para criar e estruturar atividades, com uma lógica e sequência.

Após 20 sessões, a A.M.R. foi reavaliada formalmente, verificando-se que, apesar de ainda revelar dificuldades globais, evoluiu em todas as áreas. Contudo, apesar dos progressos que manifestou ao longo do período de intervenção, surgem algumas preocupações a nível comportamental e capacidade de atenção. Ao longo da intervenção, houve momentos em que parecia estar mais dispersa e desorganizada, particularmente nestas últimas sessões.

C.M. (masculino, 7 anos)

O C.M. nasceu prematuro a 19 de fevereiro de 2010 e atualmente, vive em Almada com a mãe, a avó materna e um tio com deficiência. Os pais estão separados há 4 anos, sendo que o C.M. está com o pai de 15 em 15 dias, que dá pouco apoio financeiro. A mãe é o único recurso financeiro, pois é a única que trabalha (empregada de limpeza).

O C.M. foi encaminhado pela consulta de Reabilitação Pediátrica por manifestar dificuldades na atenção, na manutenção na tarefa e por revelar grande agitação motora. A mãe achava que não se conseguia impor, nem fazer nada do filho, considerando que o pai ensinava mais facilmente as coisas ao C.M. Para além disso, manifestava (e ainda manifesta) grandes dificuldades em separar-se do filho e em conseguir lidar com a sua agitação motora, dando muita importância ao seu comportamento na escola. O C.M., neste último ano letivo, frequentou o 1º ano e apresentou bom comportamento, atingindo os objetivos académicos, embora no último período tenha revelado um ritmo de trabalho mais lento.

O C.M. já tinha sido avaliado pela primeira vez em setembro de 2016 pela psicomotricista local e em janeiro de 2017, deu-se início à intervenção, por revelar grande instabilidade motora e dificuldade em manter a atenção. As sessões eram caracterizadas por momentos de grande agitação, com períodos de maior dispersão e desatenção, mas sempre empenhado nas diferentes tarefas, que foram variadas tendo em conta os seus interesses, mas também os objetivos estabelecidos. Jogos de regras e que exigiam maior envolvimento e concentração foram a base e o C.M. correspondia a estas com facilidade, apesar de ser evidente a sua irrequietude. É um menino curioso e, que nas primeiras semanas, apresentava um discurso e comportamento mais infantilizado, assim como não aderiu com tanta facilidade a atividades que o fizessem estar mais parado a nível motor.

Com o tempo (21 sessões), os seus momentos de agitação foram reduzindo e, embora esta ainda permaneça, já é capaz de estar mais concentrado nas tarefas.

G.F. (masculino, 6 anos)

O G.F. nasceu a 7 de fevereiro de 2011, sendo filho único de pais separados (separação aconteceu quando tinha 3 anos de idade). Mãe de 36 anos é bancária e o pai de 43 anos, trabalha por conta própria.

Foi enviado pela consulta de Desenvolvimento por manifestar comportamentos de agressividade e oposição-desafio, alterações na linguagem e dificuldades na coordenação motora (tónus muscular). Foi uma criança que, numa fase inicial de intervenção, aderiu bem às atividades propostas, sendo capaz de criar e pensar em atividades, revelando iniciativa para estruturar jogos variados (e.g. circuitos motores, atividade de competição, situações do quotidiano). É criativo, com bom jogo simbólico e que persiste nas tarefas.

Contudo, com o avançar das sessões, foi demonstrando maior à vontade no espaço e na relação com a estagiária, começando a manifestar mais comportamentos de resistência face às atividades, querendo repetir sempre a mesma atividade sem grande variedade (de materiais ou regras). Tentava prolongar o momento de saída da sessão, desarrumando a sala e objetos. Foram realizadas apenas 9 sessões, sendo que a partir do fim do mês de abril, deixou de vir às sessões de Psicomotricidade.

H.B. (masculino, 5 anos)

O H.B. nasceu a 14 de dezembro de 2011 no HGO, de uma gestação vigiada. Tem um diagnóstico de PEA, com interesses muito restritos (e.g. carrinhos de brincar) e muito agarrado às rotinas. A mãe de 25 anos, tem um curso profissional de desporto e o pai de 30 anos é mecânico industrial e músico (toca piano e viola), mas vive no Brasil. O H.B. foi criado pela avó paterna, que tem formação de professora, e também pelo avô.

A avó começou a ficar mais preocupada com o desenvolvimento do H.B., quando no Jardim de Infância lhe chamaram a atenção para certas dificuldades, a nível da linguagem, comportamento e interação social. Foi enviado pela consulta de Neuropediatria por revelar muitos comportamentos de oposição-desafio, birras, resistência à mudança, recusa nas tarefas, além das dificuldades motoras.

O H.B. foi uma criança que nas avaliações formais com o TPMBO-2 não colaborava ou aderiu às atividades, sendo proposto para intervenção individual. A estagiária quando começou a acompanhar a criança, esta já tinha estado em intervenção psicomotora, no CDC no ano letivo anterior.

Numa fase inicial, apresentava muita resistência em aderir às atividades, inclusive em contexto lúdico, revelava dificuldades em aceitar regras ou limites. Mesmo quando as atividades iam ao encontro dos seus interesses, dispersava com regularidade, não dando continuidade às tarefas e conversando sobre coisas alheias, com um discurso pouco organizado e incoerente. Por vezes, trazia a sua coleção de carrinhos de brincar para a sessão, centrando-se apenas nestes. Com o passar do tempo, começou a ficar mais interativo e colaborante, sendo capaz de aceder a outros jogos propostos pela estagiária (e.g. circuitos motores e jogo simbólico). Porém, ao nível do seu comportamento, este pode-se considerar como oscilante, i.e., haviam sessões em que se revelava bastante participativo, enquanto noutras estava mais disperso e resistente em concretizar as atividades da sessão.

No final do período de intervenção (após 12 sessões), foi possível avaliar formalmente o H.B.. Contudo, apenas foi aplicada a versão reduzida, dada a resistência em realizar as tarefas, principalmente as de motricidade fina e destreza manual.

L.C. (masculino, 5 anos)

O L.C. nasceu a 9 de fevereiro de 2012 e, atualmente reside em Corroios, com pais e um irmão mais velho de 9 anos. Os pais têm ambos 32 anos e o 12º ano de escolaridade, o pai trabalha num hipermercado e a mãe é auxiliar de educação. Tem um diagnóstico de atraso do desenvolvimento psicomotor com epilepsia sem diagnóstico etiológico. Foi encaminhado para a Psicomotricidade em dezembro de 2016, pela consulta de Neuropediatria por apresentar descoordenação motora e dificuldades na motricidade fina. Além das dificuldades motoras, manifesta também dificuldades na linguagem.

Num primeiro contacto de avaliação formal, o L.C. apesar de interativo, não aderiu nem colaborava nas tarefas, resistindo em participar naquilo que lhe era proposto. Apenas em jogos mais lúdicos e brincadeiras era capaz de se envolver com o adulto. Nas consultas destinadas à avaliação formal com o TPMBO-2, não foi possível aplicar as diversas tarefas do teste por dispersão e recusa constante. Procedeu-se a uma avaliação informal na sala de Psicomotricidade, observando-se que, num contexto mais lúdico aderiu e participava nas tarefas (e.g. circuito motor), estando mais disponível para explorar o espaço e materiais. Verificou-se que, ao longo da sessão o L.C. esteve mais interativo, colaborando com mais facilidade.

Após uma conversa com os pais, ficou decidido o L.C. ficar durante um tempo em intervenção psicomotora no CDC, com o intuito de o ajudar a desenvolver a coordenação motora, assim como a sua motricidade fina e capacidade de manutenção de atenção nas tarefas.

Durante as primeiras sessões, o L.C. teve uma postura mais inibida, falava apenas quando questionado e quando o fazia, pronunciava baixinho e nem sempre era perceptível. Com o decorrer das sessões, foi revelando mais iniciativa e espontaneidade para realizar jogos e atividades. Manifestou-se mais confiante, explorou mais o espaço, arriscando mais. Porém, por vezes, não tinha noção do risco.

Após 13 sessões, foi possível avaliar formalmente o L.C., apesar de só se ter aplicado a versão reduzida, devido à dispersão que manifestou na maior parte das tarefas. Apesar das evoluções a nível comportamental, as suas dificuldades motoras a nível global são evidentes, principalmente na motricidade fina e coordenação.

M.P. (feminino, 5 anos)

A M.P. nasceu a 20 de setembro de 2011, de uma gravidez vigiada. Tem epilepsia e apresenta um atraso de desenvolvimento. Aos 4 anos de idade surgiram preocupações em relação ao seu desenvolvimento, nomeadamente ao nível da relação e comunicação com o outro e coordenação e planeamento motor. Está a frequentar o pré-escolar e reside na Charneca da Caparica com os pais e um meio-irmão paterno de 11 anos. O pai tem 42 anos e é informático, já a mãe de 46 anos é economista.

Foi encaminhada pela consulta de Neuropediatria, por revelar dificuldades na coordenação e planeamento motor. Em dezembro de 2016, a estagiária ficou responsável por dinamizar as sessões, dando assim, continuidade à intervenção que já vinha a ser feita pela psicomotricista local e pela estagiária do ano anterior.

Numa fase inicial, a M.P. apresentou um comportamento mais disperso e desorganizado e, durante as primeiras sessões era frequente dispersar das atividades, não lhes dando sequência. No entanto, com o decorrer das sessões, demonstrou-se mais organizada tanto no espaço como a nível do seu discurso, persistindo e envolvendo-se mais nas tarefas. Revelou também maior capacidade de atenção. Foram realizadas um total de 19 sessões.

Todas as crianças acompanhadas pelas duas estagiárias são do género masculino, com idades compreendidas entre os 4 e 8 anos. A maioria teve uma intervenção semanal, à exceção de duas crianças (S.S. e V.N.), que vinham quinzenalmente.

A.R. (masculino, 6 anos)

O A.R. nasceu a 19 de junho de 2010 e tem um diagnóstico de PEA. Reside no concelho de Almada, com o pai de 27 anos, a mãe de 25 anos e uma irmã mais nova com 3 anos. A avó paterna é um elemento familiar muito presente, acompanhando o A.R. na maior parte das vezes, às sessões de Psicomotricidade, no CDC.

A nível do seu desenvolvimento, apesar de ter adquirido a marcha dentro do período espectável, devido a uma ligeira rotação do pé, apresenta maiores desequilíbrios. No domínio da linguagem, manifestou um atraso no desenvolvimento, com dificuldades na articulação das palavras.

Em dezembro de 2016, foi dada continuidade à intervenção (iniciada no ano anterior) e até junho de 2017 (21 sessões), foram observáveis melhorias a nível da interação com o outro, interagindo mais com as estagiárias, demonstrando ter mais atenção em relação à vontade e interesse do outro, partilhando as atividades e jogos realizados.

D.M. (masculino, 4 anos)

O D.M. nasceu a 7 de março de 2013, de uma gravidez vigiada regularmente, verificando-se uma restrição do crescimento intrauterino. Reside na Caparica, com a mãe de 33 anos (desempregada), com o pai de 51 anos e um irmão materno de 15 anos com PHDA.

Apresenta um diagnóstico de AGD, não demonstrando linguagem verbal. A nível motor, revelava maior preferência por se descolar sentado, arrastando o corpo e detinha bastantes medos (e.g. apenas se sentava ou levantava agarrado ao adulto). No domínio da autonomia, verifica-se que não é totalmente autónomo, a nível do vestuário, higiene e alimentação. Ainda utiliza fralda.

O D.M. já é acompanhado em Psicomotricidade no CDC desde de dezembro de 2015, pelo que, foi dada continuidade à intervenção. Em relação a este processo (16 sessões), as primeiras sessões focaram-se essencialmente em criar uma relação terapêutica e empática com a criança para permitir que a dinâmica da sessão fosse mais fluída. Os pais do D.M. estavam presentes nas sessões e, com o passar do tempo, foram adotando uma postura mais passiva, até que, nas últimas sessões já foi possível estar apenas com a criança na sala.

Com a aproximação das estagiárias ao D.M. foi possível construir atividades mais desafiantes e estimulantes, principalmente, a nível motor (e.g. circuitos motores). Começou a revelar mais autonomia na marcha e exploração no espaço, já estando mais na posição bípede. Já se sente mais seguro em se agarrar a objetos para se baixar, sentar ou apanhar algo do chão, chegando a apresentar momentos em que é capaz de pegar algo do chão sem apoio. Observa-se que já se aproxima das estagiárias quando necessita de ajuda ou se sente mais inseguro, demonstrando também a intenção de comunicar, apesar de corresponder apenas com sons. Continua a manifestar alguma resistência em realizar certas tarefas, mas com insistência acaba por as realizar. Após saída das estagiárias, continuou intervenção com a Dra. Joana.

R.L. (masculino, 8 anos)

O R.L. nasceu a 22 de janeiro de 2009 e apresenta problemas de comportamento. Vive com os pais, ambos de 39 anos e um irmão com 2 anos. O pai é polícia e a mãe trabalha como conselheira de crédito. O R.L. este ano frequentou o 2º ano de escolaridade.

As estagiárias deram continuidade à intervenção que estava a ser desenvolvida pela Dra. Joana, sendo que o R.L. já é acompanhado no centro desde de 2014. As suas maiores dificuldades estão a nível da regulação do comportamento e cumprimento de regras e é uma criança que manifesta uma grande agitação motora, apesar de esta não se enquadrar num diagnóstico de PHDA. Além do apoio em Psicomotricidade, é também acompanhado, semanalmente, em psicoterapia e em consultas periódicas de Pedopsiquiatria.

Nas primeiras sessões, apresentava um comportamento mais desajustado e desafiador perante as estagiárias, recusando ou resistindo em realizar atividades variadas. Contudo, tendo em conta os seus interesses foi possível construir novos jogos, com novas regras, verificando-se uma maior motivação e envolvimento nas tarefas.

Ao longo do período de intervenção (16 sessões), foram visíveis evoluções. O seu comportamento era mais adequado, revelando maior capacidade para esperar pela sua vez, assim como já respeitava as regras impostas por ele e pelas estagiárias. Verificou-se também que, já se demonstrava mais disponível para comunicar e interagir de forma adequada e espontânea, falando das suas vivências, acontecimentos e interesses.

S.S. (masculino, 5 anos)

O S.S. nasceu a 7 de novembro de 2011, tem um diagnóstico de PEA (de moderada a grave) e não manifesta linguagem verbal. Vive na Costa da Caparica com a mãe de 34 anos, que trabalha de forma independente, tendo um rendimento incerto, e com a avó materna, que está desempregada. Os pais do S.S. estão separados desde dos seus 2 anos e o pai, com 34 anos, está a trabalhar no estrangeiro.

As sessões de Psicomotricidade ocorreram quinzenalmente (10 sessões de intervenção), de forma a dar um apoio mais regular ao S.S., visto que, as vagas no CDC já estavam cheias. Numa fase inicial da intervenção, não aderiu a circuitos ou atividades motoras, preferindo fazer puzzles, brincar com bonecos ou legos em forma de animais ou jogar no *tablet*. Na relação com o outro, demonstrava uma postura muito ausente.

Após algumas sessões, o S.S. foi aderindo mais às atividades motoras, começando também a variar um pouco na escolha dos jogos, que em vez de puzzles, eram de emparelhamento. Nestes momentos, era visível uma maior aproximação da criança, que chamava as estagiárias pela mão e tentava comunicar apontado para as coisas.

V.N. (masculino, 8 anos)

O V.N nasceu a 14 de março de 2009, apresenta um diagnóstico de Síndrome de Asperger (PEA), revelando comportamentos numa linha obsessiva e dificuldades de socialização com os pares. Reside com os pais e uma irmã de 4 anos, a mãe de 43 anos está desempregada e o pai de 38 é vendedor de automóveis. Frequentou o 2º ano.

Dadas as suas dificuldades a nível social foi proposto pela consulta de Desenvolvimento para intervenção grupo, mas por incompatibilidade de horários, teve apenas intervenção individual. As sessões de Psicomotricidade tiveram, assim, uma periodicidade quinzenal ou de 3 em 3 semanas, também devido a ajustes de horários.

O V.N. era uma criança que aderiu às tarefas, no entanto, se estas envolvessem fatores, como tempo, velocidade, rapidez e crescente grau de complexidade, observava-se que este ficava mais nervoso e ansioso, apresentando-se mais desconcentrado e nem sempre lidava bem com insucesso.

Com o decorrer das sessões (num total de 14), as atividades tinham como finalidade desenvolver a capacidade de lidar com a pressão, introduzindo-se variantes como tempo, frequência ou velocidade que se iam tornando cada vez mais complexas. Observou-se que o V.N. foi estando mais à vontade com esta dinâmica, apresentando-se mais confiante e motivado, apesar de ainda se sentir ansioso. Esta situação, por vezes, condicionava negativamente a sua prestação, não conseguindo finalizar corretamente as tarefas, que até ao momento tinha realizado sem dificuldades.

5.1.2. Intervenção em grupo

As intervenções em grupo são uma componente que tem vindo a ganhar cada vez mais importância no CDC, não só como forma de poder dar resposta a um maior número de crianças, como também pela necessidade recorrente de trabalhar as competências sociais e interação com os pares.

Todos os grupos eram da responsabilidade da psicomotricista local, que seriam também acompanhados pelas estagiárias. Contudo, a partir de março de 2017, devido à ausência da psicomotricista local, foram as estagiárias que asseguraram a continuidade das intervenções. Três dos grupos foram acompanhados pela estagiária em conjunto com a estagiária de 1º ciclo.

Dos 5 grupos seguidos em intervenção ao longo do ano, um foi escolhido para estudo de caso (grupo pré-escolar) e desta forma não fará parte deste subcapítulo. Todos os grupos tinham frequência semanal com sessões de uma hora, sendo na sua maioria constituídos por rapazes. Houve apenas um grupo formado por duas crianças do género feminino, com uma duração de sessão de 45 minutos.

Grupo 1 – Segunda-feira

O grupo apresentado na tabela 8, foi um grupo que foi formado em fevereiro de 2016, pelo que este ano foi dada a continuidade da intervenção.

Tabela 8 - Caracterização do grupo 1

Criança	Diagnóstico	Informação Clínica
D.C. Masculino 8 anos (03-02-3009)	Perturbação da Vinculação; Perturbação Regulatória	Nasceu no HGO, de uma gravidez vigiada. Reside no concelho de Almada com os pais (mãe com 44 anos; pai com 54 anos) e frequentou o 2º ano; Criança que revela grandes alterações de comportamento e que já é acompanhada pelo centro desde dos 4 anos. Revela dificuldades em gerir a sua impulsividade e conflitos; Os pais e avó paterna (que também o acompanha regularmente, sendo ela que o leva às sessões no CDC) apresentam dificuldades em se entender acerca das necessidades do D.C., verificando-se uma grande desorganização familiar.
G.C. Masculino 7 anos (02-09-3009)	-	Criança que reside em Almada, tem um irmão mais velho com 11 anos. Mãe de 37 anos, licenciada, é técnica de seguros, o pai de 50 anos com o 4º ano de escolaridade, trabalha na construção civil; Na escola (2º ano), apresentou um bom rendimento escolar, sendo que não houve queixas a relatar, a não ser a impulsividade; Em casa, as queixas relacionavam-se com a dificuldade em manter a atenção, agitação motora e impulsividade; No final do período de intervenção foi-lhe dada alta do apoio em Psicomotricidade no CDC.
R.N.B. Masculino 9 anos (27-09-2007)	PHDA; Dislexia	Encaminhado para a Psicomotricidade por apresentar dificuldades de atenção e uma perturbação da linguagem. Apresenta uma grande intolerância à frustração; Vive na Charneca da Caparica, com os pais e mais dois irmãos mais novos (um irmão e uma irmã); Pai de 31 anos, tem o 9º ano e é vendedor, a mãe de 31 anos trabalha num supermercado; Na escola, salientam-se os problemas de comportamento, que não tem noção das regras e tem poucos amigos, porque está sempre com conflitos; Em casa, pais relevam dificuldades em impor regras ou limites e destacam os problemas de comportamento (comportamentos de oposição e desafio); Este ano frequentou o 3º ano, mas os conteúdos dados eram do 2º ano.

A intervenção deste grupo ocorreu entre o mês de novembro de 2016 e junho de 2017, num total de 20 sessões. Durante as sessões foram trabalhadas essencialmente as competências sociais, através de atividades que envolviam regras, jogos de cooperação ou competição, sendo estas estruturadas tendo também em conta os interesses e ideias do grupo. Além das competências sociais, a intervenção tinha como objetivo ajudar as crianças a gerir a sua frustração, a impulsividade e dificuldades que revelavam em controlar a sua agressividade, comportamentos mais evidentes no D.C. e R.N.B.

A assiduidade deste grupo foi ao longo do período de intervenção muito irregular, resumindo-se apenas em 5 sessões, o tempo em que o grupo esteve todo junto (o D.C. foi o que registou maior assiduidade). Nas restantes, ou estiveram a pares ou houve sessões em que veio apenas um elemento.

Do balanço geral da intervenção, percebe-se que é um grupo que ainda apresenta muitos conflitos entre os vários elementos do grupo. Todavia, também foram observáveis momentos de evolução, onde as crianças demonstraram maior capacidade de controlo dos seus impulsos, nomeadamente no controlo da agressividade. Foi

igualmente visível que, por vezes, eram capazes de ouvir e aceitar as ideias do outro, comportamento mais evidente no G.C., que funcionou muitas das vezes como elemento apaziguador, tentando unir o grupo, com o intuito de continuarem a brincar todos juntos. Também o D.C. foi acedendo às ideias dos colegas, pois gostava de se sentir integrado e ter amigos para brincar. Já para o R.N.B. era mais difícil de aderir aos jogos pensados pelo grupo, preferindo fazer coisas só do seu interesse. Manifestava também mais momentos de oposição e desafio face à estagiária, bem como tendia a controlar as sessões e atividades.

Grupo 2 – Quinta-feira (Grupo de meninas)

Em abril de 2017, foi formado um novo grupo com duas meninas (tabela 9) e o período de intervenção teve um total de 9 sessões, terminando no mês de junho para interrupção de férias letivas. Numa fase inicial, as atividades eram estruturadas e propostas pelas estagiárias e tinham como intuito estimular a linguagem (verbalização), a socialização e as dificuldades motoras. Posteriormente, foi dado espaço às crianças, para que em conjunto pensassem e fossem capazes de sugerir atividades a realizar em sessão.

Tabela 9 - Caracterização do grupo 2 (Grupo de meninas)

Criança	Diagnóstico	Informação Clínica
M.C. Feminino 6 anos (17-04-2011)	Perturbação da linguagem	Reside em Corroios com os pais e mais duas irmãs, uma mais velha e uma mais nova. Os pais têm ambos 28 anos, a mãe tem o 12º ano e trabalha num escritório. O pai com o 9º ano é artista gráfico e quando era pequeno teve terapia da fala antes de entrar para a escola; É uma criança com dificuldades na motricidade fina e global, revela pouco vocabulário e dificuldades no domínio cognitivo-linguístico. É muito inibida e agarrada à mãe, apresentando dificuldades na relação com os pares. Quando questionada, responde por gestos ou acenos ou então fala, mas muito baixinho e nem sempre se percebe; A sua postura começa por ser muito inibida, mas com o tempo vai participando.
M.L. Feminino 5 anos (21-08-2011)	AGD	Nasceu nos Açores, de uma gravidez vigiada. Não tem irmãos. A mãe de 34 anos, tem o 9º ano e é auxiliar de ação educativa; o pai de 32 anos, com o 12º ano é militar da Marinha; A mãe esteve sempre preocupada com as questões da linguagem e assim que veio para Portugal Continental procurou apoio em terapia da fala a nível particular; adverte que já evoluiu a nível da linguagem, mas que ainda diz muitas coisas fora do contexto e tem dificuldades na construção das frases; Criança que, por vezes, ainda faz algumas birras, revela dificuldades motoras e alguns medos motores. Apresenta também dificuldades na interação com os pares, não se relacionando muito com os mesmos. Não gosta de jogos de faz de conta/simbólicos.

Antes de integrarem o grupo entre janeiro e março de 2017, a M.C. foi acompanhada a nível individual pela estagiária do 1º ciclo uma vez por semana, enquanto a M.L. foi acompanhada individualmente pela Dra. Joana e mais tarde pela estagiária de 2º ciclo. Quando o grupo foi constituído, a M.C. apresentava uma grande inibição na presença de outras crianças ou adultos, mas com o decorrer das sessões de grupo foi-se demonstrando mais comunicativa e interativa, verbalizando mais e espontaneamente. A M.L. revelava alguma resistência em realizar atividades mais motoras e tendia a controlar as tarefas. Após inserção no grupo, manifestou comportamentos de maior

socialização e, com o tempo, foi aceitando com mais facilidade as ideias sugeridas tanto pela M.C. como pelas estagiárias. Nas últimas sessões, verificou-se uma relação próxima e de confiança entre as duas meninas, que já realizam as atividades em conjunto.

Grupo 3 – Quinta-feira

Este grupo (tabela 10), à semelhança do grupo 1, foi constituído no ano letivo anterior, pelo que, este ano foi dada continuidade à intervenção, com um total de 16 sessões (11 sessões em que estiveram todos os elementos presentes).

No que diz respeito ao tipo de sessão neste grupo, num período inicial existia uma maior dispersão e agitação, onde as crianças se exprimiam e libertavam (e.g. atividade de luta de bolas), seguindo-se de momentos de maior organização. Aqui, havia espaço e tempo para realizar atividades, geralmente pensadas pelas estagiárias e adaptadas pelos vários elementos do grupo, tendo em conta os seus interesses e ideias.

Tabela 10 - Caracterização do grupo 3

Criança	Diagnóstico	Informação Clínica
L.R. Masculino 7 anos (26-05-2010)	Perturbação da Linguagem	Filho único, vive com os pais e avó paterna na zona de Fernão Ferro, residindo numa quinta em conjunto com os tios e primos (um dos primos, mais velho, T.G. é também acompanhado em intervenção de grupo psicomotora – Grupo 4). Os pais estão ambos empregados (pai de 36 anos e mãe com 38, é licenciada em Relações Internacionais); Foi encaminhado para a Reabilitação Pediátrica devido às dificuldades na linguagem e, posteriormente, foi enviado para a consulta de desenvolvimento por apresentar problemas de comportamento, birras e também problemas na linguagem. Da consulta de Desenvolvimento, chegou à Psicomotricidade; Durante o ano teve acompanhamento semanal em Psicomotricidade no CDC e uma vez por semana, a título particular terapia da fala; frequentou o primeiro ano e teve apoios na escola.
R.P. Masculino 7 anos (22-02-2010)	Perturbação Regulatória	Filho único, vive com os pais (ambos de 37 anos) na Quinta do Conde. Tanto o pai como a mãe são GNR; Foi encaminhado para a Psicomotricidade por revelar dificuldades em gerir a impulsividade e problemas de comportamento, principalmente em casa; Na escola, frequentou o primeiro ano, com boas notas e sem queixas por parte da professora face ao seu comportamento.
S.P. Masculino 7 anos (24-12-2009)	Perturbação do Comportamento	Reside no concelho de Almada, com os pais. A mãe de 50 anos está desempregada e o pai, de 51 anos, é eletromecânico. Tem dois irmãos mais velhos de 27 e 21 anos; É uma criança que apresenta capacidades cognitivas, com raciocínio lógico, mas que revela imaturidade face à aprendizagem. Integrou o 1º ano de escolaridade, demonstrando dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, como oposição e desafio; Além do acompanhamento semanal em grupo no CDC, recentemente foi enviado pela consulta de Neuropediatria para a especialidade de Pedopsiquiatria devido a um episódio de automutilação.

É um grupo que, numa fase inicial da sessão era bastante agitado, comportamento mais visível no R.P. e no S.P. Contudo, era um grupo unido e que, aparentemente, todos se davam bem. Verificaram-se algumas evoluções. No caso do L.R., que interagiu cada vez mais com os colegas, apesar de ainda lhe ser difícil lidar com a frustração (e.g. quando os colegas preferem brincar ou fazer outra coisa), resultando em momentos de

choro e birra, isolando-se mais do grupo. O R.P. manifestou maior capacidade de esperar pela sua vez, parar para ouvir o outro ou controlar os seus impulsos. Quanto ao S.P., nas primeiras sessões recusava com regularidade participar nas atividades de grupo, preferindo não fazer nada ou fazia algo do seu interesse. Nas últimas sessões, já aderiu mais nos jogos de grupo, interagindo e participando com os colegas.

Grupo 4 – Quinta-feira

Tal como o grupo 3, neste último grupo (tabela 11) foi dada continuidade à intervenção, sendo este o terceiro ano de intervenção em grupo para a maior parte das crianças (M.C.F. foi integrado no grupo no ano passado). Num total de 17 sessões, que constituíram o período de intervenção, foram apenas 8 em que estiveram os quatro elementos presentes.

Tabela 11 - Caracterização do grupo 4

Criança	Diagnóstico	Informação Clínica
A.F. Masculino 9 anos (25-08-2007)	PHDA; PCM	Vive com dois irmãos gémeos de 8 anos e com os pais (mãe com 44 anos e pai com 41) em Corroios; Por volta dos 4 anos começaram a surgir algumas preocupações ao seu desenvolvimento, como instabilidade motora, baixa concentração e dificuldade em cumprir e respeitar regras; posteriormente, surgiram também problemas de comportamento; Frequentou o 4º ano, tendo apoio psicopedagógico duas vezes por semana. Tem também natações todas as semanas.
M.C.F. Masculino 11 anos (05-04-2006)	Epilepsia; Perturbação Oposição- Desafio	Tem uma irmã mais velha de 19 anos com paralisia cerebral ligeira, com quem vive em conjunto com os pais, no concelho de Almada. A mãe de 56 anos, com estudos na área do turismo, está desempregada e o pai de 58 anos, é licenciado em Economia e é funcionário das Finanças; Tem um diagnóstico de Epilepsia parcial benigna occipital com muitas comorbilidade (e.g. comportamentos oposição-desafio, hiperatividade, dificuldades de atenção). Foi encaminhado para intervenção em grupo por manifestar dificuldades em gerir o seu comportamento; Frequentou o 5º ano.
R.B. Masculino 9 anos (21-07-2007)	PEA; Perturbação Específica da Linguagem	Reside na Sobreda com a mãe de 44 anos (empregada), com diagnóstico de Hepatite C e com o pai de 41 anos, que é mecânico. Vive também como uma irmã mais velha materna, resultante de um relacionamento anterior. A sua irmã é transgénero, está a passar por um processo de mudança de sexo, o que está a influenciar a estrutura familiar, suscitando maiores desentendimentos e conflitos; Em relação ao desenvolvimento, revelou atrasos em algumas áreas, como a linguagem e relação com os outros. O pai considera, que na interação social, o seu filho é um pouco parecido com ele, pois também não é uma pessoa muito sociável e não fala muito; é também uma criança com inibição social; Na escola tem apoio semanal em terapia da fala e educação especial.
T.G. Masculino 11 anos (27-09-2005)	PEA (Síndrome de Asperger)	Referenciado aos 7 anos por ser uma criança muito agitada, revelando dificuldades de aprendizagem globais, com maior incidência no domínio da escrita (praxia fina, grafismo) e por apresentar dificuldades no planeamento motor; A relação entre os pais não é fácil, tendo-se divorciado quando o T.G. tinha um ano e meio. Atualmente, vive com a mãe de 34 anos, o padrasto e irmã mais nova materna de 4 anos. O pai de T.G. tem 36 anos e vê-se nos fins-de-semana; Tem apoio semanal de educação especial, psicologia e terapia da fala; Integrou o 4º ano e segundo a mãe fez muitas evoluções a nível do comportamento, mas as dificuldades na aprendizagem mantêm-se.

Na sessão observava-se um momento inicial de maior dispersão e desorganização, não se centrando tanto na atividade motora, mas sim num diálogo entre os elementos do grupo e estagiárias, onde eram verbalizadas as vivências da semana, assim como eram estruturadas as atividades a desenvolver (por vezes, eram organizadas pelas estagiárias, outras vezes pelo grupo, mediante a disponibilidade e adesão dos vários rapazes nas mesmas). Devido à grande diversidade de interesses no grupo, era por vezes, difícil chegar a um acordo e consenso acerca das atividades a realizar na sessão, apesar de, todos acabarem por participar nas mesmas.

Os momentos de diálogo, no início da sessão, eram mais difíceis para o T.G. que não conseguia estar quieto, nem junto do grupo, dispersando pela sala e sendo necessário maiores chamadas de atenção para que este participasse. Além disso, nas primeiras sessões, apresentava maior resistência em aderir às tarefas propostas. No final da intervenção, verificaram-se algumas evoluções, o T.G. já colaborava e participava mais nas atividades, revelando maior capacidade para escutar e aceitar as ideias dos outros, tanto dos colegas, como das estagiárias. Em relação ao A.F., este tendia a aproximar-se mais do adulto, neste caso, estagiárias, não se relacionando tanto com os colegas. Com o passar das sessões foi interagindo mais e estando mais próximo dos mesmos, começando a manifestar mais comportamentos de oposição-desafio. Quanto ao M.C.F. nas primeiras sessões, apresentava uma postura mais rígida com comportamentos de oposição-desafio (apenas queria fazer as atividades do seu interesse, não respeitava as ideias e opiniões dos colegas), sendo que, se verificou uma postura mais recetiva face aos colegas, ouvindo e respeitando as suas perspetivas e incentivando os colegas a concretizarem também as suas ideias. Por fim, o R.B. era de todos, o mais sossegado e calado. Inicialmente, só falava quando questionado, demonstrava dificuldade em expressar-se perante o grupo (este facto é também devido às suas dificuldades na linguagem), mas com o desenvolver das sessões, foi-se sentido mais à vontade para se expressar e expor, falando dos seus sentimentos e pensamentos perante os colegas.

6. Atividades complementares

Além do trabalho desenvolvido no CDC durante o período de estágio, a estagiária esteve também envolvida noutras atividade de formação profissional.

6.1. Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento – do diagnóstico à intervenção

O CDC desenvolveu nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2016, um Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento – do diagnóstico à intervenção, com uma duração de 32 horas. Este curso decorre anualmente, sendo organizado pelos médicos de várias

especialidades e pelos técnicos do CDC. Pretende a partilha de conhecimentos ao nível do diagnóstico e intervenção das perturbações neurológicas e do desenvolvimento.

Num primeiro dia, foi feita uma introdução geral à avaliação do desenvolvimento, havendo uma abordagem geral dos Atrasos de Desenvolvimento, Perturbações da Linguagem e Dificuldades de Aprendizagem. O segundo dia destinado às avaliações e intervenções das PHDA, PEA e Paralisia Cerebral, falando-se também do Bebê Hipotónico. E o último dia, reservados à Epilepsia, Doenças Crónicas e as suas implicações na família e ainda a Comunicação com os Pais.

Quando este curso ocorreu, a estagiária estava na sua primeira semana de estágio, pelo que a participação neste, permitiu ter um maior conhecimento sobre as metodologias de trabalho do centro, bem como das especialidades oferecidas pelo mesmo e as perturbações e problemáticas do desenvolvimento mais prevalentes.

6.2. I Jornadas Científicas de Psicomotricidade

A 17 e 18 de fevereiro de 2017 decorreu na Faculdade Motricidade Humana as I Jornadas Científicas de Psicomotricidade. Em dezembro de 2016 foi-nos dada a oportunidade de apresentar em conjunto com a Dra. Joana, uma comunicação sobre o trabalho desenvolvido no CDC, nomeadamente, através da exposição da intervenção com um grupo terapêutico de rapazes, acompanhado no centro desde de novembro de 2014. Este grupo foi acompanhado pelas estagiárias desde do início do ano letivo e, como já funcionava em anos letivos anteriores, permitiu constatar diferenças e evoluções através de discussões com a orientadora local e a análise de outros registos (e.g. avaliações, vídeos de sessões, fotografias).

Desta forma, foi elaborada uma pequena apresentação em formato *power-point*, na qual foi feita uma abordagem da intervenção realizada ao longo dos anos e uma reflexão sobre as principais diferenças na dinâmica entre os elementos do grupo (anexo VII).

Este tipo de eventos torna-se uma mais-valia para a nossa área profissional, pois possibilita uma troca de ideias, experiências e aprendizagens entre profissionais. Permite conhecer diferentes métodos de intervenção e trabalho, bem como, ter uma visão mais abrangente da psicomotricidade, uma vez que, estas jornadas contaram com a participação de convidados internacionais reconhecidos.

Mais tarde, a comissão das Jornadas propôs aos profissionais que submeteram comunicações livres, a escrita de um artigo acerca da apresentação realizada durante as jornadas. E, mais uma vez, a Dra. Joana deu-nos a possibilidade de elaborar, em conjunto com ela, o referido artigo, que foi entregue em junho de 2017.

6.3. Aniversário 10 CDC

Os 10 anos do CDC foram celebrados no dia 30 de maio de 2017. Este momento foi marcado pela presença de diferentes profissionais (pediatras) de vários centros de desenvolvimento e neurodesenvolvimento do país (Coimbra, Algarve e Lisboa), que de forma breve apresentaram os centros, bem como o trabalho desenvolvido nos mesmos. Culminando num momento de partilha e reflexão acerca das diferentes metodologias de trabalho e qual o papel do sistema de saúde no desenvolvimento infantil. Posteriormente, com a chegada do Presidente da República (Professor Doutor Marcelo Rebelo de Sousa) houve uma visita às instalações do centro.

Para finalizar este evento, houve um momento de convívio – almoço de equipa – tornando-se este momento fundamental para enriquecer as relações entre os diferentes membros da equipa do centro.

Estes 10 anos assinalam o trabalho realizado ao longo deste período, sendo este essencialmente um período de reflexão centrado nos momentos bons e no que correu bem, os prémios ganhos, o reconhecimento obtido enquanto centro de desenvolvimento e equipa multidisciplinar. Contudo, serviu também para refletir nos pontos menos positivos, o que não funcionou, os projetos que não se concretizaram e a falta de recursos humanos que influenciam o número de respostas dadas.

6.4. Psicomotricidade: Perguntas e respostas... numa conversa com alunos do 2º ano de mestrado

A 1 de junho de 2017 teve lugar na Faculdade de Motricidade Humana no Ginásio B, um momento de partilha e reflexão sobre os estágios e investigações realizados no segundo ano de mestrado de Reabilitação Psicomotora, reunindo alguns alunos desse ano, mas também do primeiro ano. Este seminário tinha também como objetivo esclarecer os alunos do primeiro ano, ajudando-os e orientando-os nas suas escolhas, que terão lugar no início do próximo ano letivo, quando transitarem para o 2º ano.

Este momento permitiu ter conhecimento do trabalho que foi desenvolvido pelos colegas nas diferentes populações-alvo (gerontes, crianças, idosos, adultos com deficiência), assim como quais foram os seus principais desafios e obstáculos, principalmente, nos estágios onde a Psicomotricidade ainda não existe, tendo estes o papel acrescido em demonstrar a mais-valia de ter um psicomotricista na equipa. Porque uma equipa multidisciplinar pode funcionar bem sem um técnico de Reabilitação Psicomotora, mas ao tê-lo na equipa poderá funcionar melhor e ter mais vantagens. Foram tiradas dúvidas aos alunos de primeiro ano, principalmente acerca das populações atendidas e de que forma a Psicomotricidade está inserida nas instituições, entre outras questões de cariz mais pessoal.

6.5. Reunião de equipa – Serviço de Pediatria HGO – “Psicomotricidade”

No dia 5 de junho de 2017 às 14h30, houve uma reunião de equipa que ocorreu na biblioteca do serviço de pediatria do HGO. O tema da reunião era sobre a Psicomotricidade inserida na Unidade de pedopsiquiatria, mais especificamente, na área de dia desta Unidade, e que foi apresentado pelas estagiárias do 3º ano da licenciatura Reabilitação Psicomotora da Universidade de Évora.

De acordo com as informações expostas constatou-se que, as intervenções neste âmbito são essencialmente em grupo (há também intervenções individuais) constituídos por crianças dos 6 aos 10 anos (têm que estar no 1º ciclo) e que apresentam dificuldades de mentalização, de pensamento e socialização. Sendo que, o período de intervenção corresponde a 2 anos letivos, havendo uma avaliação inicial, entre anos letivos e uma avaliação final de cada criança.

No final da apresentação do trabalho desenvolvido pelas estagiárias ao longo do ano, foram levantadas algumas questões, centradas essencialmente nos tópicos “formação do grupo – como?” e “presença ou não dos pais nas sessões”. Relativamente ao primeiro tópico, discutiu-se a melhor organização dos grupos, averiguando se esta se deveria centrar na patologia/sintomas da patologia da criança ou nas características individuais de cada uma, i.e., abordou-se a importância da heterogeneidade do grupo.

Assim como também se analisou a formação de grupos mistos, dadas as idades das crianças inseridas no projeto. Foi possível perceber que os diferentes profissionais recorrem também à teoria e a diversos autores para fundamentar a prática, visto que, há autores que defendem que nestas idades, os meninos se relacionam mais com crianças do mesmo género, bem como as meninas se ligam mais ao género feminino. No entanto, outros divergem de opinião, dizendo que as crianças na escola têm contacto com ambos os géneros e que em casa, há irmãos e irmãs, por exemplo. Em ambos os tópicos foram também destacados outros trabalhos desenvolvidos com grupos de crianças noutras instituições, como é o caso da Dra. Maria José Vidigal, na Clínica da Encarnação em Lisboa.

Tendo em conta o que foi discutido e a experiência ao longo do ano no CDC, foi interessante ver outros métodos de trabalho e organização, e que apesar das patologias serem um pouco diferentes das atendidas no CDC, o trabalho em grupo com crianças acaba por ser semelhante, dado que, os objetivos de intervenção muitas das vezes são similares.

6.6. Reunião de Equipa do CDC

No dia 20 de junho de 2017 ocorreu no CDC uma reunião de equipa, na qual foi apresentado de forma sucinta o trabalho desenvolvido pelas estagiárias,

essencialmente em grupo, ao longo do período de estágio. A realização desta apresentação surgiu por parte da Dra. Joana, que pretendia demonstrar o resultado da intervenção realizada a cargo das estagiárias, que acabaram por assumir um papel mais ativo, devido ao seu período de ausência.

A apresentação centrou-se numa primeira parte teórica, onde de forma breve se expôs a intervenção psicomotora e relacionando-a com a intervenção em grupo. Seguindo-se de uma segunda parte, centrada na caracterização dos grupos e no trabalho desenvolvido com os mesmos. Culminando a apresentação com uma reflexão crítica, fazendo-se um balanço dos aspetos positivos, mas também das maiores dificuldades e limitações (anexo VIII).

Foi um momento importante para demonstrar o processo de intervenção ao resto da equipa, onde de forma sumária, os médicos responsáveis pelas crianças puderam verificar as evoluções e os comportamentos das mesmas ao longo das sessões de grupo. Reconhecendo-se o papel do psicomotricista num seio de uma equipa multidisciplinar.

6.7. Colóquio para pais do CDC – Brincar

Dia 24 de junho de 2017, entre as 15h e as 17h, decorreu no CDC um Colóquio para pais do CDC com o tema “Brincar”, organizado pela psicomotricista local em conjunto com duas pediatrias do Desenvolvimento e uma Neuropediatra. Teve como objetivo refletir sobre jogos e brincadeiras que os pais realizavam na sua infância, fazendo uma comparação com os tempos atuais, a importância de as crianças terem tempo para brincar, sozinhas, com os pares, com os pais, levantando-se a questão dos desafios que a sociedade impõe aos pais, seja por motivos profissionais ou pelas exigências da escola face aos filhos. Foi também levantada a questão sobre as novas tecnologias, fazendo-se uma apresentação de estudos realizados neste âmbito e qual o seu impacto no desenvolvimento infantil.

Parte III – Estudos de caso

Nesta terceira parte serão apresentados dois estudos de caso, um de intervenção psicomotora individual e outro de intervenção em grupo (quatro crianças). Serão descritos os casos, as suas avaliações (iniciais e finais), assim como será feita a caracterização dos processos de intervenção e principais conclusões.

1. Estudo de caso I – M.S.

1.1. Caracterização

A M.S. nasceu a 21 de janeiro de 2013, de uma gestação de 35 semanas e de um parto induzido, devido a oligoamnios. Registou um Índice de Apgar de 9/10. É a segunda filha do casal, tendo uma irmã mais velha de 8 anos.

Apresenta um diagnóstico de AGD, com Ataxia sem etiologia conhecida, sendo que, este diagnóstico cria grande ansiedade aos pais, dada a inexistência de uma causa específica e por suscitar muitas dúvidas em relação às dificuldades da M.S. no futuro.

Devido a episódios de convulsões, foi encaminhada para a consulta de Neuropediatria e, em dezembro de 2014, observava-se uma boa evolução psicomotora, apesar de se observar um atraso na linguagem. Em agosto de 2015, quando tinha 2 anos e 7 meses, verificava-se um atraso no desenvolvimento (mais evidente na linguagem e motricidade global), com desequilíbrios na marcha, instabilidade e descoordenação motora e o seu diagnóstico era ainda muito incerto e difícil. Sendo explicado aos pais, que provavelmente a M.S. teria uma doença genética ou metabólica, com 50% de hipótese de encontrar uma etiologia. Contudo, independentemente da causa, foram facultados apoios de educação e reabilitação, como forma de potencializar o seu desenvolvimento. Não tem revelado crises desde de maio de 2016.

Foi referenciada ao serviço de Psicomotricidade pelo Neuropediatra, pelas dificuldades mais evidentes na motricidade fina, equilíbrio e descoordenação motora. Em maio de 2016 (a M.S. tinha 3 anos), foi dado início ao processo de intervenção psicomotora, procedendo-se a uma avaliação informal na Sala de Psicomotricidade. Nessa altura, observou-se que, era uma menina ágil e que explorava o espaço sem receios. Todavia, verificaram-se também algumas das suas dificuldades, nomeadamente no equilíbrio e rigidez muscular.

Ao nível da linguagem apresentou evoluções, já forma frases e coloca questões e, no geral, o seu desenvolvimento aparenta estar a evoluir lentamente, mas de forma favorável. É uma criança simpática e que estabelece bom contacto e interação.

Frequenta a creche, revelando boa adaptação e interação com os pares. Além do apoio em Psicomotricidade, tem Terapia da Fala a nível particular e na Escola faz natação, ginástica e tem música. Faz também Hipoterapia.

No que diz respeito à doença base da M.S., esta ainda não está completamente diagnosticada, não sendo possível prever quais as evoluções, visto que, tanto pode evoluir como regredir. Dada a hipótese de que seja uma doença genética ou metabólica, verifica-se também que, determinadas características da criança possam ser derivadas da sua doença. Como por exemplo, o seu “cansaço fácil”, que posteriormente afeta o seu equilíbrio, coordenação e a qualidade dos seus movimentos.

1.2. Avaliação Inicial

A avaliação inicial formal ocorreu durante o mês de fevereiro de 2017, onde foi aplicado o TPMB0-2 pela estagiária. Na primeira sessão, foi feito o registo em relação à *Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança*, sendo entregue à mãe o *Inventário das Rotinas e Interesses da Família*, ambos os instrumentos adaptados pelas estagiárias de 1º e 2º ciclo, tal como foi mencionado no ponto 4.1.4 da segunda parte.

1.2.1. Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMB0-2)

A M.S. foi avaliada pela primeira vez aos 4 anos, em fevereiro de 2017, tendo por base a versão reduzida do TPMB0-2. Revelou-se uma criança bem-disposta e simpática, aderindo às atividades propostas. Contudo, quando estas não eram do seu interesse foram necessários mais reforços e incentivos por parte do adulto para que as realizasse. Ao longo das sessões de avaliação formal, permaneceu curiosa e comunicativa, mas com o passar do tempo foi estando com períodos de atenção mais curtos, principalmente num primeiro momento de avaliação, onde foram aplicadas as tarefas de mesa (controlo manual fino).

Ao nível da motricidade fina (foram aplicados os três primeiros subtestes), o seu nível de empenho variou, estando mais envolvida numas tarefas e noutras, em que sentia maiores dificuldades, desistia. Na precisão motora fina (que requeria o controlo preciso das mãos), apresentava dificuldades no controlo do movimento, nomeadamente, nas atividades que consistiam em fazer linhas através de percursos (labirintos), no recorte e dobragem. Na integração motora fina, que solicitava a cópia de figuras, com diferentes níveis de complexidade (e.g. círculo, quadrado, triângulo, estrela), copiava com sucesso o círculo. Em relação à pega no lápis, revelava uma preensão pouco definida e pouco segura. Quanto à destreza manual, executava o movimento com lentidão e pouca precisão, manifestando maiores dificuldades nas tarefas que exigiam o uso das duas mãos (e.g. enfiamento de blocos).

Em relação à motricidade global, revelava dificuldades globais, mais evidentes nas tarefas de velocidade e agilidade (apenas foi avaliado o salto unipodal), em que perdia o equilíbrio e apresentava grande rigidez muscular; e nas que exigiam coordenação motora (coordenação bilateral nas atividades de controlo de bola).

Nas atividades de controlo de bola, que requeriam a coordenação dos membros superiores tendo em conta estímulos visuais, conseguia agarrar a bola algumas vezes, mas apresentava dificuldades na tarefa de driblar. Nas tarefas de coordenação bilateral, era capaz de coordenar em simultâneo os membros inferiores e superiores, contudo foram notórias as suas dificuldades em manter a coordenação desse movimento de forma sequencial. Quanto às tarefas de equilíbrio, estas envolviam o equilíbrio dinâmico e estático e apresentava dificuldades em inibir o movimento por um período limitado de tempo.

Em suma, a M.S. revelava dificuldades globais e manifestava períodos de atenção reduzidos quando as tarefas não eram do seu interesse.

1.2.2. Grelha de observação informal do comportamento da criança

A *Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança* (anexo VII), permite avaliar o comportamento no decorrer da sessão. É composta por uma primeira parte que diz respeito à relação que é estabelecida com o adulto e aqui, verificava-se que, a M.S. estabelecia um bom contacto e relação com a estagiária, apesar de, ser visível que nem sempre adería ou colaborava nas tarefas, mesmo em contexto lúdico. Não foram observados comportamentos agressivos, de rejeição, timidez, entre outros.

Relativamente ao seu envolvimento nas tarefas, frequentemente jogava com entusiasmo e participava nas atividades/brincadeiras, relevando-se persistente. No entanto, nem sempre respeitava as regras ou esperava pela instrução, começando a explorar o espaço e materiais ou fazendo outras coisas e não escutava a estagiária. O nível de manutenção nas tarefas, também era variado e nem sempre permanecia muito tempo nas mesmas. Por vezes, revelava alguma dificuldade em lidar com o insucesso, desistindo ou mudando de atividade.

Ao nível da relação com o material, explorava a sala e objetos, utilizando-os de forma adequada, mas nem sempre selecionava o material para atividade, ficando à espera que a estagiária montasse o jogo.

Quanto à comunicação verbal, realizava pedidos de forma adequada, assim como respondia de forma coerente. Contudo, nem sempre se expressava de forma perceptível. O que pode ser explicado, pelas suas dificuldades na linguagem. Na comunicação não-

verbal, frequentemente dirigia o olhar para a estagiária, sorria e recorria a gestos. Porém, nem sempre ouvia a estagiária quando estava a falar ou a explicar uma tarefa.

A M.S. era uma criança que, no geral, se envolvia e participava nas tarefas, assim como interagia e brincava com o adulto/técnico. Porém, ao longo da sessão, o seu nível de atenção foi sendo reduzido, saltitando com maior frequência de tarefa em tarefa.

1.2.3. Inventário das Rotinas e dos Interesses da Família

Assumindo a família como principal promotor do desenvolvimento da criança (e.g. Pereira & Serrano, 2010) e de que as rotinas familiares têm influência no desenvolvimento da criança, foi aplicado um inventário que permite aferir de forma rápida e simples as rotinas e interesses da família da M.S. (anexo IX).

Em relação à secção das rotinas, salientam-se três itens que a mãe da M.S. assinalou como uma atividade que é realizada todos os dias: item 1) pais dispõem de algum tempo por dia para estar com a criança; 17) deita-se geralmente à mesma hora; e 19) pelo menos alguns membros da família comem juntos o pequeno-almoço. Não assinalou nenhum item com a opção “quase nunca”, à exceção de um item, referente à pratica de desporto ou passatempo realizados pelos pais em conjunto.

Dos restantes itens, destacam-se as refeições e atividades familiares (item 18 e 20), a criança tem algum tempo para si (item 26), que ocorrem com frequência (3 a 5 vezes por semana).

No que diz respeito aos interesses, das duas partes aplicadas (interesses relacionados com a criança e interesses relacionados com a família), a mãe considerou praticamente todos os itens como sendo um item prioritário (e.g. saber mais acerca das necessidades do meu filho; lidar com o comportamento do meu filho; obter apoio para os meus outros filhos), à exceção de um (fazer planos para programas e serviços futuros).

Foi também pedido à mãe que estruturasse uma semana tipo da M.S., constando-se assim que, ao longo da semana a M.S. realiza várias atividades desportivas (natação, ballet). A leitura, o desenho, a pintura ou puzzles (atividades de motricidade fina) estão bastante integradas no seu dia-a-dia (de segunda à sexta-feira, antes do jantar há um tempo estipulado para estas atividades), talvez porque os pais, valorizam muito esta capacidade. No fim-de-semana, em geral, a família aproveita para visitar os avós, assim como passear com a família, dada a maior disponibilidade dos pais.

Apesar de não estar prevista uma intervenção com os pais, o preenchimento deste inventário, permitiu à estagiária uma maior perceção das rotinas e preocupações dos pais. Ao longo das sessões, principalmente no início da sessão, era estabelecido um diálogo com os pais, na tentativa de perceber melhor a semana da criança.

Desde do início foi evidente a grande preocupação, principalmente por parte do pai, em relação às dificuldades da M.S. ao nível da motricidade fina. Além desta preocupação, os pais tinham a expectativa de que, na intervenção psicomotora, esta seria uma área muito trabalhada nas sessões. Contudo, com este questionário e com a elaboração da semana-tipo, averiguou-se que, este domínio já era trabalhado noutros contextos, inclusive em casa. Neste sentido, com o tempo foi sendo falado com os pais que, a motricidade fina era também uns dos objetivos traçados, mas outras áreas deveriam igualmente ser desenvolvidas, como era o caso da coordenação motora, por exemplo.

Estes pequenos diálogos com os pais, permitiram que houvesse uma maior compreensão face às atividades realizadas em sessão de psicomotricidade e o porquê de nem todas as atividades se centrarem na motricidade fina. Visto que, a M.S. demonstrava alguma resistência e desinteresse em realizá-las, devido as suas dificuldades, mas porque esta era uma área também trabalhada noutros contextos (como a escola, em casa, terapia da fala). Pelo que, se considerou ser mais sensato não saturar tanto a criança ao concretizar maioritariamente tarefas de mesa e motricidade fina.

1.3. Plano de intervenção psicomotora

De acordo com a informação reunida da avaliação inicial (formal e informal) da M.S. é apresentado na tabela 12 o plano de intervenção estruturado pela estagiária.

Tabela 12 - Plano de intervenção psicomotora da M.S.

Estrutura geral do programa	Duração: 4 meses		Contexto	Hospitalar/Clinico
	Frequência: semanal (45 minutos de sessão) – Segunda-feira das 10h às 10h45. N.º total das sessões previstas: 14		Recursos/materiais	Material CDC
	Divisão das sessões: (1) avaliação inicial – 6 e 13 de fevereiro; (2) intervenção psicomotora – novembro de 2016 até junho de 2017; (3) avaliação final – junho.		Instrumentos de avaliação	TPMBO-2 versão reduzida; Grelha de observação do comportamento da criança (adaptado).
Domínios do desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais	
Motor	Desenvolver a motricidade global.	Promover a coordenação motora.	- ser capaz de saltar no mesmo sítio movimentando os braços e pernas alternadamente e de forma sequencial.	
		Desenvolver os movimentos globais complexos.	- ser capaz de driblar a bola com uma mão; - ser capaz de largar e agarrar uma bola com as duas mãos; - ser capaz de agarrar uma bola com as duas mãos e lançá-la de volta para o técnico.	
		Aumentar as competências ao nível do equilíbrio estático e dinâmico.	- ser capaz de ultrapassar um circuito de obstáculos, sem ajuda do técnico; - ser capaz de saltar a pés juntos e em apoio unipodal, num espaço delimitado pelo técnico; - ser capaz de caminhar sobre uma linha, seguindo uma trajetória; - ser capaz de manter o corpo imóvel durante um período de tempo;	
	Desenvolver a motricidade fina.	Melhorar a precisão motora fina.	- ser capaz de colorir uma figura dentro dos limites; - ser capaz de realizar um percurso gráfico sem sair dos limites marcados no papel; - ser capaz copiar formas geométricas simples (círculo, quadrado, triângulo).	

		Estimular as competências grafomotoras.	- ser capaz de realizar atividade de recorte e colagem; - ser capaz de construir formas em plasticina.
Cognitivo	Promover as competências cognitivas.	Aumentar os períodos de atenção e envolvimento nas tarefas.	- ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma; - ser capaz de concentrar-se numa tarefa, podendo ter ajudas verbais do técnico. - ser capaz de verbalizar uma atividade, após explicação do técnico.
		Estimular a capacidade de planeamento.	- ser capaz de verbalizar o que pretende realizar, quando questionado pelo técnico, antes da sua concretização.
Social	Promover as competências sociais e interpessoais.	Estimular a autorregulação de comportamentos.	- ser capaz de respeitar e cumprir a maioria das regras de uma atividade, podendo ser lembrado das mesmas pelo técnico; - ser capaz de conter os comportamentos de instabilidade motora, mantendo-se na atividade.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação de confiança e empática com a criança; - Utilizar a mesma estrutura nas sessões; - Fornecer ajudas físicas e/ou verbais sempre que for necessário; - Facultar feedbacks e reforços positivos ao longo das tarefas; - Estruturar as sessões partindo sempre de tarefas mais simples para as mais complexas; - Simplificar ou complexificar as tarefas sempre que necessário; - Recorrer a objetos, materiais ou brinquedos de interesse da criança; - Potencializar as áreas fortes, recorrendo como estratégia para promover as áreas menos fortes; - Utilizar os objetos como mediadores da atividade, estimulando a interação com o outro e o envolvimento. 		

1.4. Intervenção Psicomotora – implementação do plano de intervenção

A M.S. iniciou acompanhamento com a estagiária em janeiro de 2017, dando-se assim seguimento à intervenção que vinha a ser realizada pela psicomotricista local desde setembro de 2016. Foi avaliada formalmente, pela primeira vez, em fevereiro de 2017, duas semanas depois de ter completado 4 anos (recorde-se que, a idade mínima para aplicar o TPMBO-2 é de 4 anos). A sua intervenção psicomotora com a estagiária terminou a 19 de junho de 2017, aplicando-se novamente o TPMBO-2 durante duas sessões. Posteriormente, voltou a ser novamente acompanhada pela psicomotricista local, devido à conclusão do período de estágio no CDC.

Estavam previstas 14 sessões de intervenção psicomotora, no entanto, apenas se realizaram 13, por motivos de ausência da estagiária, que ficou doente.

Da observação realizada nas primeiras sessões, a M.S. revelou-se uma criança afetiva e que aderiu com facilidade às tarefas. No entanto, o seu comportamento face às atividades variava, entre momentos de cooperação e atenção e outros de maior dispersão. Era também evidente que, nos primeiros momentos de sessão apresentava muita energia, mas não era capaz de a gerir, i.e., realizava as tarefas com grande esforço e força e após um curto período de tempo, já manifestava algum cansaço. O seu corpo ficava mais rígido, afetando o seu equilíbrio e qualidade dos movimentos.

Ao nível do seu envolvimento nas tarefas, tinha preferência por circuitos motores e de obstáculos e atividades com grande movimento, revelando maior resistência em aderir a tarefas que envolvessem a motricidade fina, como legos, desenhos ou puzzles, que numa fase inicial participava, mas que com o passar do tempo, ia ficando mais irrequieta e dispersa. Sempre que realizava um desenho, estes eram pobres e sem grande investimento, sem a presença de formas ou figura humana, observando-se apenas riscos ou bolas.

Nas atividades que requeriam maior envolvimento motor, a M.S. manifestava grande interesse pelas mesmas, principalmente quando estas se tornavam mais complexas e desafiantes. Nestes momentos, demonstrava agilidade e persistência na execução das tarefas. Todavia, tal como já foi referido, era uma criança que apresentava cansaço “fácil”, o que influenciava depois a qualidade dos seus movimentos. A partir desta fase da sessão, revelava-se também mais desatenta e dispersa pelo espaço.

Para além de trabalhar as dificuldades motoras (como o equilíbrio, a coordenação, motricidade fina) ao longo da intervenção, pretendeu-se também, desenvolver outros domínios, como o cognitivo, estimulando as suas capacidades de atenção e envolvimento nas tarefas e também a nível da autorregulação de comportamentos, como o respeitar e cumprir regras, assim como conter comportamentos de instabilidade motora.

Foi dado espaço à criança para que, com o passar das sessões, fosse sendo capaz de revelar mais iniciativa para criar atividades em conjunto com a estagiária. Numa fase inicial, demonstrava maiores dificuldades em se organizar numa atividade, pensando em muitas coisas ao mesmo tempo. Com a ajuda da estagiária, a criança foi conseguindo se organizar e orientar dentro duma atividade.

A sessão era um espaço contentor e seguro, onde a M.S. foi estando cada vez mais à vontade para expor as suas vontades e jogos que queria realizar. Deste modo, no início de cada sessão e num diálogo breve, eram acordadas as atividades a realizar na sessão, tornando-a um pouco mais previsível para a criança. As atividades tinham em consideração os gostos e interesses da M.S., que aderiu muitas vezes ao jogo simbólico. As tarefas e jogos construídos envolviam histórias de princesas, sereias ou animais, surgindo como fio condutor ao longo do tempo de sessão. Havia também a recriação de rotinas quotidianas, como a hora de deitar/acordar, comer ou ir às compras, principalmente no final da sessão em momentos de retorno à calma.

Os reforços positivos ou de correção, os *feedbacks*, pistas verbais, a demonstração e manipulação facilitaram o maior envolvimento e participação nas tarefas, tendo em vista a promoção da participação espontânea da criança, assim como a sua capacidade de atenção e permanência das tarefas.

À exceção das duas últimas sessões do mês junho, ao longo do período de intervenção, tanto o pai como a mãe da M.S., que vinham alternadamente, assistiam às sessões. Adotaram uma postura passiva, participando ocasionalmente nas tarefas. Uma das grandes preocupações dos pais relacionavam-se com as questões da motricidade fina, pelo que, sempre que possível era realizada uma atividade dentro deste domínio, tendo em conta as expectativas dos pais em relação à Psicomotricidade. Contudo, esta área era também trabalhada noutros contextos, como na escola e apoios educativos. Assim, considerou-se sensato, estimular este domínio, mas sem saturar demasiado a criança e as sessões.

Progressivamente, a M.S. apresentou-se mais atenta na altura de ouvir as instruções e na concretização das tarefas, permanecendo mais tempo nas mesmas. Apesar de ainda revelar momentos de dispersão, nomeadamente quando já tinha decorrido grande parte da sessão, tentava terminar a tarefa, não desistindo, embora, por vezes, fosse visível o seu desinvestimento.

As sessões de Psicomotricidade tinham como base a abordagem instrumental e relacional, onde a estagiária adquiriu uma postura semidiretiva, dando espaço à criança para se expressar e assumir também uma postura diretiva e ativa na escolha de atividades.

Foram realizadas atividades como legos, puzzles, circuitos motores, atividades de conscientização corporal, atividades de motricidade fina, recorrendo a plasticina, pintar com os dedos, entre outras. O gráfico 3 ilustra os domínios de desenvolvimento predominantes nas atividades realizadas com a criança, ao longo do período de intervenção psicomotora. No anexo IX encontram-se descritas as atividades concretizadas em cada sessão.

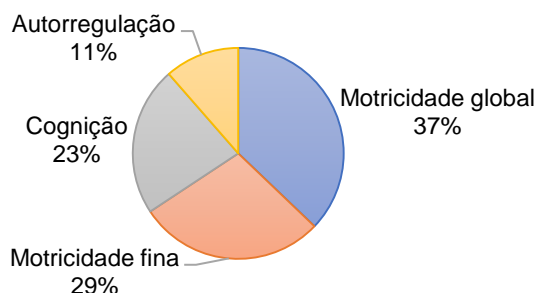


Gráfico 3 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões da M.S.

De forma geral, foram visíveis algumas evoluções na capacidade de estar da criança, tanto ao nível da permanência e envolvimento nas tarefas, como a nível da iniciativa para realizar tarefas de mesa. A M.S. começou a demonstrar mais interesse em fazer desenhos, querendo mostrar, por exemplo, que já sabia fazer flores, meninas e o sol. Também ao nível do seu nível de energia, não só as sessões foram sendo organizadas de forma que a M.S. não revelasse fadiga imediata (e.g. começar com atividades de menor envolvimento motor, como é o caso das atividades de mesa), bem como foi sendo capaz de se regular, não se sentindo tão cansada à medida que realizava as tarefas.

1.5.Avaliação final – Resultados obtidos após intervenção

A avaliação final foi realizada nas últimas semanas de estágio. Assim, na última sessão de intervenção (dia 19 de junho de 2017) foi aplicada novamente a *Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança* e foi entregue à mãe o *Inventário das Rotinas e Interesses da Família*. Nos dias 26 de junho e 3 de julho de 2017, procedeu-se à avaliação com o TPMBO-2. Esta avaliação permite a descrição e análise, a nível quantitativo e qualitativo, da evolução da criança, face ao período de intervenção.

1.5.1. Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)

A M.S. foi reavaliada com o TPMBO-2, aos 4 anos e 5 meses, nos dias 26 de junho e 3 de julho de 2017. Em comparação com a avaliação anterior, revelou maior interesse pelas atividades propostas, inclusive nas tarefas de motricidade fina. Esteve participativa e bem-disposta nos dois momentos de avaliação.

À semelhança da primeira avaliação, foram aplicados os três primeiros subtestes na forma completa, que se referem à motricidade fina (controlo manual fino e destreza manual). A M.S. revelou algumas melhorias no controlo do movimento (atividades de precisão motora fina), já conseguindo preencher melhor a figura do círculo, apesar de ainda se aferirem dificuldades ao nível dos labirintos (tal como se verifica no gráfico 4). Em relação à integração motora fina, já foi capaz de copiar o quadrado com sucesso. E, embora a sua pega no lápis ainda se apresente rígida, manifesta um traço mais seguro. Nas atividades de destreza manual mantém lentidão e pouca precisão do movimento, observando-se que, realiza as tarefas devagar, de forma a conseguir controlar melhor os movimentos das mãos. As maiores dificuldades continuam a verificar-se ao nível do enfiamento de blocos (gráfico 4).

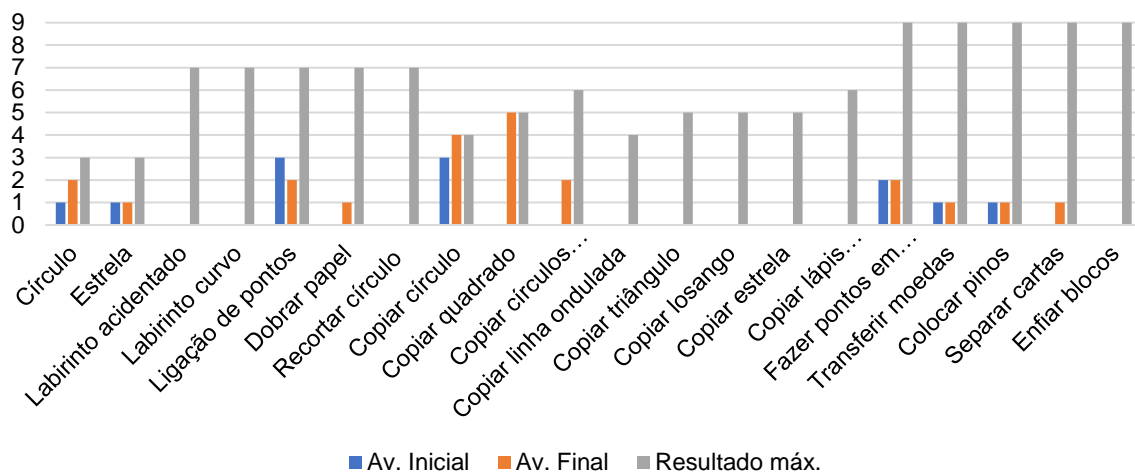


Gráfico 4 - Resultados obtidos pela M.S. em cada tarefa dos subtestes 1, 2 e 3 (versão completa) - TPMBO-2 – Avaliação final

No que diz respeito à motricidade global, a sua evolução foi mais notória nas diferentes áreas (gráfico 5). Nas tarefas de equilíbrio, já demonstra mais facilidade em percorrer uma distância em marcha controlada (equilíbrio estático), e apesar de revelar dificuldades em manter o corpo imóvel quando a base de sustentação, foi capaz de se manter em equilíbrio durante breves segundos (equilíbrio dinâmico). Em relação às atividades de controlo de bola, observou-se um certo desinvestimento por parte da M.S., principalmente na tarefa mais complexa (driblar a bola), dado esta também ser uma tarefa onde aparenta revelar grandes dificuldades.

Nas tarefas que envolvem a coordenação bilateral, já revela mais agilidade em realizar o movimento de forma sequencial e simultânea, tendo mais sucesso no controlo do movimento quando o seu corpo está imóvel (bater dedos e pés – mesmo lado sincronizados). Nas atividades de velocidade e agilidade, que avalia o salto unipodal durante um dado período de tempo, embora ainda apresente dificuldades em manter o

equilíbrio, já foi capaz de realizar mais saltos ao pé-coxinho, sem demonstrar tanta rigidez muscular (gráfico 5).

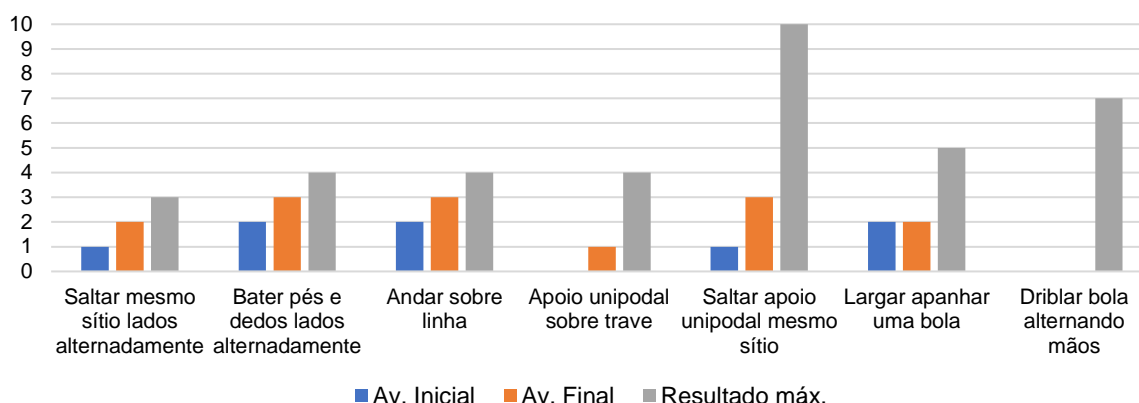


Gráfico 5 - Resultados obtidos pela M.S. em cada tarefa dos subtestes 4, 5, 6 e 7 (versão reduzida) - TPMBO-2 – Avaliação final

Em suma, a M.S. revelou melhorias nos resultados da avaliação (gráfico 4 e 5), embora ainda sejam observáveis as suas dificuldades globais, mais visíveis na motricidade fina, equilíbrio e coordenação. Evoluiu praticamente em todas as áreas e, também a nível comportamental verificou-se que, os seus períodos de dispersão e desatenção foram mais reduzidos, estando mais envolvida e empenhada nas tarefas.

1.5.2. Grelha de Observação Informal do Comportamento da Criança

Em relação à forma de estar e comportamento, a M.S. demonstrou progressos ao longo do período de intervenção e que foram também observáveis na avaliação informal do seu comportamento na sessão. Aplicada novamente a *Grelha de Observação informal do Comportamento da Criança*, aferiu-se que, na relação com o adulto, revela-se mais colaborante, estando mais disponível, cooperante e participativa nas tarefas, aderindo com mais facilidade às ideias e sugestões da estagiária.

No envolvimento nas tarefas (tabela 13), continua a demonstrar de forma frequente entusiasmo nas diferentes atividades e jogos, e quando estes são do seu interesse, é observável uma grande adesão, motivação e satisfação na concretização das tarefas (item 1, 2 e 6). Com o decorrer das sessões e recorrendo ao jogo simbólico para que a M.S. aderisse mais às tarefas, observou-se também que, frequentemente a criança adota um papel/uma personagem no jogo, revelando mais iniciativa e dando mais sugestões (item 3 e 4). Com maior frequência respeita as regras, permanece nas tarefas, assim como já apresenta maior capacidade para esperar pela instrução/montagem da atividade, chegando a ajudar a estagiária a montar e construir os jogos e atividades (item 5, 8 e 9). Contudo, ainda revela alguma dificuldade em lidar com o fracasso ou insucesso (item 10).

Tabela 13 - Resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação informal do comportamento da criança

Comportamento			Cotação	
			Av. Inicial	Av. Final
Envolvimento nas tarefas	1	Joga/brinca com entusiasmo (e.g. não se demonstra inibido).	3	4
	2	Envolve-se/participa na brincadeira (e.g. adere às atividades).	3	4
	3	Assume um 'papel' no jogo (e.g. a criança adota o papel de um personagem).	2	3
	4	Tem iniciativa e dá sugestões.	2	3
	5	Respeita as regras.	2	3
	6	Motiva-se com facilidade (e.g. geralmente fica motivado com as atividades realizadas; não se aborrece).	2	3
	7	É persistente e não desiste perante as dificuldades.	3	3
	8	Permanece nas tarefas.	2	3
	9	Espera pela instrução/montagem da atividade (e.g. a criança não participa de forma impulsiva nas tarefas).	2	3
	10	Reage de forma adequada à frustração/tolera o insucesso.	2	2
Relação com o material	11	Explora a sala e objetos.	3	3
	12	Seleciona o material para a atividade.	2	2
	13	Brinca com objetos variados (e.g. a criança não fica muito tempo com o mesmo objeto).	3	3
	14	Brinca ou joga com materiais/objetos sem os destruir ou atirar.	4	4
	15	No momento de terminar as tarefas reage de forma adequada (e.g. não fica frustrado quando lhe é retirado o material).	3	4
Comunicação verbal	16	Realiza pedidos de forma adequada.	3	3
	17	Expressa verbalmente as tarefas realizadas.	2	3
	18	Responde de forma coerente.	3	3
	19	Expressa o que sente de forma compreensível.	2	2
	20	Expressa as suas ideias de forma compreensível.	2	2
Comunicação não-verbal	21	Dirige o olhar para o terapeuta (mantém contacto visual).	3	3
	22	Ouve quando o terapeuta fala.	2	3
	23	A sua comunicação não-verbal coincide com o que verbaliza.	3	3
	24	Sorri.	3	3
	25	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações.	3	3
Legenda			1 – Nunca; 2 – Por vezes; 3 – Frequentemente; 4 – Quase sempre	

No que diz respeito à relação com o material, verificou-se uma evolução no momento de terminar as tarefas ou sessão, onde a M.S. apresenta uma reação adequada, ajuda a arrumar os materiais e sala, por vezes de forma espontânea, demonstrando interesse em ajudar a estagiária (item 15).

No domínio da comunicação verbal, com o decorrer das sessões, verbalizar as atividades realizadas ou a realizar foi sendo recorrente, ajudando a M.S. a desenvolver mais a sua linguagem, pelo que, no final do período de intervenção, aferiu-se que já é capaz de expressar mais verbalmente as tarefas realizadas (item 17). Em relação à comunicação não-verbal, observou-se uma maior capacidade de ouvir o que a estagiária diz, visto que, a M.S. também se revela mais atenta (item 22).

Verificam-se assim algumas evoluções, a M.S. é capaz de permanecer durante mais tempo nas tarefas, investindo e envolvendo-se nas mesmas. Revela menos dispersão, principalmente na altura de montar as atividades. Observam-se melhorias a nível da

linguagem, estando o seu discurso muito mais perceptível. Dos diferentes domínios avaliados nesta grelha, afere-se que, foi ao nível do “envolvimento nas tarefas” que revelou mais progressos (tabela 14).

Tabela 14 - Progresso da M.S. nas diferentes áreas da Grelha de Observação informal do Comportamento da Criança

	Avaliação Inicial (média)	Avaliação Final (média)	Evolução
Envolvimento nas tarefas	2.3	3.1	+ (+ 0.8)
Relação com o material	3	3.2	+ (+ 0.2)
Comunicação verbal	2.4	2.6	+ (+ 0.2)
Comunicação não-verbal	2.8	3	+ (+ 0.2)

1.5.3. Inventário das Rotinas e dos Interesses da Família

No segundo momento de aplicação do *Inventário das Rotinas e dos Interesses da Família*, entregue novamente à mãe cerca de quatro meses depois, averiguam-se algumas divergências nos itens assinalados em comparação à primeira avaliação.

De forma geral, as atividades realizadas pela família, assinaladas pela mãe como sendo regulares, entre 3 a 5 vezes por semana, na primeira avaliação, foram sendo menos frequentes ao longo destes meses, visto que, na segunda avaliação a maioria dos itens foram assinalados como menos regulares (1 a 2 vezes por semana). Como por exemplo, nos itens 2 (pais dispõem regularmente de tempo para brincar com a criança após o trabalho), 8 (família dispõe de algum tempo para si, para fazer coisas em conjunto), 9 (pais leem ou contam histórias à criança quase todos os dias) ou 12 (criança brinca com ambos os pais). Na tabela 15, pode observar-se mais atividades que foram assinaladas como menos frequentes na segunda avaliação.

À semelhança da primeira avaliação, a mãe assinalou o item 17 (criança deita-se geralmente à mesma hora) como sendo uma atividade realizada todos os dias. Todavia, salientou outras duas (não consideradas na primeira avaliação), os pais regressam a casa geralmente à mesma hora e a criança faz quase sempre as mesmas coisas quando se levanta (item 23 e 4). Destaca-se que, a criança já participa mais em algumas tarefas domésticas (3 a 5 vezes por semana).

Recorde-se que, ao longo do período de intervenção, esta foi destinada apenas à M.S., i.e., não houve intervenção com a família. Contudo, com o decorrer das sessões foi possível conversar com os pais, sobre as rotinas e atividades realizadas em família e com a criança, o que pode ter contribuído, em parte, para uma maior consciencialização. Podendo-se considerar que, os resultados do segundo momento de avaliação, estão mais próximos da realidade.

Tabela 15 - Inventário aplicado à família - Secção das Rotinas

Com que frequência...?	Quase nunca	1 a 2 vezes por semana	3 a 5 vezes por semana	Todos os dias
1. Os pais dispõem de algum tempo por dia para falar com a criança.			O	X
2. Os pais dispõem regularmente de tempo para brincar com a criança após trabalho.		O	X	
3. Os pais tomam conta da criança durante algum tempo quase todos os dias.			X/O	
4. A criança faz quase sempre as mesmas coisas todas as manhãs quando se levanta.			X	O
5. Os pais que não trabalham geralmente saem com a criança para fazer qualquer coisa (ex.: ir às compras, passear, etc).		O	X	
6. Todas as noites a família tem um período de descanso com oportunidade para falar e brincar com sossego.		O	X	
7. Todas as semanas a família sai para passear a algum lugar.		O	X	
8. Semanalmente a família dispõe de algum tempo para si, para fazer coisas em conjunto.		O	X	
9. Os pais lêem ou contam histórias à criança quase todos os dias.		O	X	
10. A criança tem algum tempo para si, em que brinca sozinha, em casa.		O	X	
11. Um dos pais brinca com a criança em casa.		X/O		
12. A criança brinca em casa com ambos os pais.		O	X	
13. Depois da escola a criança participa regularmente em atividades extracurriculares (ex.: natação, ginástica rítmica, futebol, música).		X/O		
14. A criança frequenta regularmente ludotecas ao longo da semana.		X/O		
15. Os pais têm algum passatempo ou desporto que praticam em conjunto com regularidade.	O	X		
16. A criança tem hábitos ou faz pedidos especiais na hora de ir para a cama (ex.: contar a história, beijinho de boa noite, etc).			X/O	
17. A criança deita-se geralmente à mesma hora.				X/O
18. A família janta todas as noites à mesma hora.			X/O	
19. Pelo menos alguns membros da família comem juntos o pequeno-almoço todas as manhãs.			O	X
20. Geralmente a família reúne-se à hora do jantar.			X/O	
21. Pelo menos a mãe ou o pai fala com os seus pais regularmente (avós da criança).			X/O	
22. A família visita regularmente os seus familiares.		O	X	
23. Os pais que trabalham regressam a casa geralmente à mesma hora.			X	O
24. A família tem rituais específicos quando chegam a casa (ex.: contar novidades, conversar, etc).		X/O		
25. Os pais fazem quase sempre a mesma coisa quando as crianças se <i>comportam</i> mal.		X	O	
26. A criança participa em algumas tarefas domésticas.		X	O	
Legenda: X – avaliação inicial; O – avaliação final				

No que diz respeito aos interesses da família, verifica-se a homogeneidade das respostas dadas pela mãe em ambos os momentos de avaliação (tabela 16 e 17). Percebe-se assim, que os interesses, na sua maioria se constituem como prioritários.

Os pais da M.S. apresentaram-se ao longo de todo o processo de intervenção como sendo pais preocupados e atentos em relação ao desenvolvimento da sua filha. Demonstrando-se disponíveis e interessados, estabelecendo-se uma comunicação e contacto próximo, onde recorrentemente as informações eram transmitidas entre pais e técnicos (tanto a nível da escola, outras terapias, ou atividades do dia-a-dia).

Tabela 16 - Inventário aplicado à família - Secção dos Interesses relacionados com a criança - Parte I

Parte I – Interesses relacionados com a criança			
Estou interessado(a) em:	1	2	3
Saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho.	X/O		
Obter informações sobre os serviços e programas para o meu filho.	X/O		
Saber mais acerca da problemática do meu filho.	X/O		
Fazer planos para programas e serviços futuros.		X/O	
Saber como o meu filho cresce e aprende (ex. nas áreas social, motora e autonomia).	X/O		
Aprender formas de lidar com e ajudar o meu filho (ex. posicionamento, dieta e saúde).	X/O		
Obter mais informação sobre leis que tenham a ver com o meu filho e com os meus direitos.	X/O		
Ensinar o meu filho.	X/O		
Lidar com o comportamento do meu filho.	X/O		
Aprender a falar e a brincar com o meu filho.	X/O		
Falar com professores e profissionais acerca do problema do meu filho.	X/O		
Legenda: X – avaliação inicial; O – avaliação final			

Tabela 17 - Inventário aplicado à família - Secção dos Interesses relacionados com a família - Parte II

Parte II – Interesses relacionados com a família			
Estou interessado(a) em:	1	2	3
Explicar as necessidades especiais do meu filho aos irmãos, avós, amigos.	X/O		
Obter apoio para os meus outros filhos.	X/O		
Envolver a família e amigos nos cuidados ou nos tempos livres do meu filho.	X/O		
Aconselhamento para a minha família.	X/O		
Aprendermos a resolver, nós mesmos, os problemas familiares.	X/O		
Obter mais apoio para mim (ex. da parte dos amigos, companheiro/a e vizinhos).	X/O		
Ter mais tempo para mim.	X/O		
Divertir-me e ter tempos de lazer com a minha família.	X/O		
Legenda: X – avaliação inicial; O – avaliação final			

1.6. Conclusões

De modo geral, foram observáveis melhorias significativas. Os objetivos delineados no plano estabelecido para M.S. foram sendo trabalhados, o que contribuiu também para uma evolução gradual positiva. Nomeadamente ao nível do seu comportamento, que foi sendo cada vez mais adequado ao contexto, pois a M.S. revelou maior capacidade em permanecer atenta e envolvida nas atividades, apresentando-se uma criança mais interessada e disponível. Demonstrou também, maior confiança em si e na estagiária.

A nível motor, a sua crescente agilidade foi sendo contínua, apesar de, a sua rigidez muscular, a descoordenação e falta de equilíbrio terem influência na qualidade dos seus movimentos. Com o passar do tempo, a M.S. começou a relevar menor cansaço físico, sendo capaz de estar mais tempo nas tarefas motoras. Ao nível da motricidade fina (e.g. realizar desenhos), foi apresentando cada vez mais interesse, algo salientado também pelos pais. A M.S. já queria mostrar por iniciativa própria algo que tinha aprendido (e.g. uma flor).

Estas evoluções foram o resultado de uma intervenção psicomotora regular semanal e da participação frequente em atividades desportivas, como a natação ou o ballet, ou

devido a outros apoios como a hipoterapia, que em conjunto estimularam (e estimulam) as suas capacidades e o seu desenvolvimento. De salientar igualmente, o trabalho e empenho dos pais, que contribuíram também para as evoluções observadas, principalmente ao nível da motricidade fina.

Contudo, o tempo de intervenção foi reduzido (apenas 13 sessões), pelo que com um trabalho continuado, o progresso da M.S. seria ainda mais evidente. Apesar de, se suspeitar que tenha uma doença genética ou metabólica, a sua causa não sendo conhecida, não é possível fazer uma previsão clara do seu desenvolvimento e das suas possíveis evoluções. Após a ausência da estagiária, a criança passou a ser novamente acompanhada pela psicomotricista local, permanecendo mais um tempo em intervenção.

2. Estudo de caso II – Grupo Pré-escolar

2.1. Caracterização

O grupo do pré-escolar foi formado em janeiro de 2017, sendo composto por três crianças do género masculino com idades compreendidas entre os 6 e 7 anos, que estavam a frequentar o pré-escolar. Estas crianças integraram o grupo, principalmente, por apresentarem dificuldades ao nível da comunicação e relação com os outros. Mais tarde, em março, foi integrado no grupo um outro menino (G.T.) com 5 anos, por manifestar as mesmas dificuldades. Na tabela 18, estão reunidos os dados informativos referentes a cada criança do grupo.

Tabela 18 - Caracterização do Grupo do Pré-escolar

Criança	Diagnóstico	Informação Clínica
G.T. Masculino 5 anos (30-01-2012)	AGD ligeiro	Reside com os pais e um irmão mais velho de 10 anos. A mãe de 35 anos é professora de 1º ciclo, mas que este ano não ficou colocada. O pai de 40 anos com o 12º ano de escolaridade é professor de música; É uma criança que passa muito tempo com a avó, que é quem o vai buscar à escola e fica com ele até os pais o irem buscar, chegando a passar, por vezes, a semana em casa da avó (vive no Pragal), porque fica mais perto da escola; É também com a avó que o G. vai ao CDC para a intervenção psicomotora, que teve início em janeiro de 2017, em sessões individuais, por apresentar dificuldades motoras globais e uma grande dificuldade em manter a atenção; Na escola e em casa havia muito a queixa de que não parava quieto e que ignorava as regras, principalmente na escola (pré-escolar); Integrou o grupo no dia 8 de março de 2017.
R.C. Masculino 6 anos (17-02-2011)	Perturbação da Linguagem; Perturbação do Comportamento	Filho único de pai e mãe, ambos com 31 anos. A mãe com o 11º ano é contabilista e o pai com o 7º ano é empresário por contra própria; O R.C. era um menino que fazia muitas birras, muito teimoso, que não era capaz de esperar pela sua vez. Não conseguia também permanecer muito tempo nas tarefas, muito irrequieto e com

		grandes dificuldades em aderir/realizar atividades que não eram do seu gosto; Foi avaliado em psicomotricidade em setembro de 2016, tendo iniciado a intervenção psicomotora em novembro do mesmo ano, em sessões individuais, por manifestar uma grande incapacidade de estar atento e quieto.
T.M. Masculino 6 anos (16-11-2010)	-	O T.M. nasceu às 31 semanas e 4 dias, de uma gestação vigiada, nascendo prematuro. Tem um irmão gêmeo. A mãe é educadora de infância e tem 29 anos. Iniciou intervenção psicomotora em março de 2015 por apresentar dificuldades globais, revelando muitas dificuldades na motricidade fina e no planeamento motor.
T.P. Masculino 7 anos (25-02-2010)	AGD; Perturbação da Linguagem	Atualmente, reside com os pais e um meio-irmão mais velho materno, este irmão tem um diagnóstico de PEA. A mãe tem 36 anos e é professora primária e o pai de 36 anos tem o 12º ano e é militar; É uma criança com uma organização familiar particular, pois nos primeiros anos de vida passava a semana com a avó paterna e os fim-de-semana com os pais. Tinha pouco contacto com o irmão, contudo, atualmente passa mais tempo com ele; Começou o apoio em psicomotricidade em novembro de 2015, com sessões individuais por apresentar dificuldades na motricidade fina, na linguagem e na relação com o outro; É uma criança com alguma inibição social e apesar das suas dificuldades tem estado a evoluir em todas as áreas.

2.2. Processo de intervenção

Previamente à intervenção em grupo, cada criança foi observada individualmente. Duas crianças já detinham avaliações formais realizadas recentemente (a do R.C. realizada em setembro e a do G.T. em novembro de 2016) e outras como já estavam em intervenção individual, antes de ser feita a transição para grupo, foram novamente reavaliadas com o TPMBO-2 em janeiro de 2017.

Para além da avaliação formal, foi também aplicada após a observação das primeiras sessões, a grelha adaptada da APR (enunciada no ponto 4.1.3 da segunda parte), com o intuito de avaliar as competências ao nível da interação social e foram entregues aos pais os Questionários do Comportamento da Criança – para pais e professores (CBCL e C-TRF), visando a recolha de mais informação acerca das crianças fora do contexto terapêutico.

Apenas o G.T. integrou o grupo de Psicomotricidade mais tarde (março de 2017), dado que, no início de janeiro, foi dado início ao seu processo de intervenção psicomotora no CDC e, tal como já foi referido, antes de uma criança ser inserida num grupo, esta deverá ter intervenção individual, dada a complexidade da dinâmica em grupo, que pode fazer com que a criança apresente dificuldades em se integrar e adaptar (Aragón, 2009). Sem esquecer que é fundamental conhecer melhor a criança, as suas características e dificuldades, aferindo se esta poderá ser inserida num grupo ou não. Teve intervenção individual com a estagiária durante o mês de janeiro e fevereiro (num total de 8 sessões).

As restantes crianças tiveram acompanhamento individual com a psicomotricista local e, em janeiro foi então, constituído o grupo, visando desenvolver não só as competências motoras de cada criança, como também as suas competências sociais. Visto serem crianças que manifestavam dificuldades a nível da socialização e da relação, por apresentarem ou grande inibição ou então dificuldades em se autorregular, revelando dificuldades em gerir os seus comportamentos e atitudes. Assim, a sua inclusão num grupo de intervenção, faculta à criança oportunidade de se relacionar com os outros, facilitando os processos sociais e de comunicação (e.g. Onofre, 2003; Vidigal, 2005).

Este foi um grupo acompanhado ao longo de 19 sessões semanais de 60 minutos, entre os meses de janeiro e junho de 2017. A família foi envolvida numa sessão (dia 5 de abril de 2017), onde foram realizadas atividades em conjunto com as crianças. E após a última sessão de grupo, ocorreu uma reunião apenas com os pais, fazendo-se um balanço do período de intervenção e dos progressos de cada criança ao nível da intervenção, mas também noutros contextos (e.g. em casa, na escola).

Após análise e interpretação dos resultados da avaliação inicial (formal e informal) foi elaborado um plano de intervenção psicomotora, tendo em conta os objetivos a serem trabalhados de modo a potencializar os vários domínios do desenvolvimento. Assim, de seguida serão apresentados os resultados das avaliações iniciais de cada criança e posteriormente, o plano de intervenção traçado.

2.3. Avaliação Inicial

2.3.1. Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)

De forma geral, as crianças avaliadas com o TPMBO-2 para o grupo do pré-escolar, apresentaram dificuldades motoras mais evidentes ao nível da coordenação, equilíbrio e motricidade fina. Apesar das suas características individuais, um trabalho em grupo permitirá desenvolver as suas dificuldades, ao mesmo tempo que se maximizam as aprendizagens e as competências sociais e comportamentais. Na tabela 19, é possível analisar os resultados da avaliação inicial formal de cada criança.

Tabela 19 - Resultados da avaliação formal inicial com o TPMBO-2 - Grupo Pré-escolar

Criança	Área	Observação
G.T. Idade no momento de avaliação: 4 anos e 10 meses Data da avaliação: 15-11-2016 Avaliado por: Estagiária	Apreciação geral	Demonstrou vontade de explorar o espaço e materiais. Esteve comunicativo e curioso com as tarefas; contudo, com o passar do tempo foi ficando mais irrequieto e com períodos de atenção mais curtos.
	Controlo Manual Fino	Revelou-se motivado com as atividades, porém, no decorrer das mesmas apresentou-se irrequieto e distraído. Nas tarefas da precisão motora fina, que avaliavam o controlo preciso das mãos, manifestou dificuldades nos labirintos, dobragem e recorte. Quanto à integração motora fina, que consistia na cópia de figuras, com diferentes níveis de complexidade, foi capaz representar algumas figuras, como o círculo, o quadrado e o triângulo.
	Coordenação Manual	Na destreza manual, apresentou lentidão na execução motora das tarefas, assim como mostrou dificuldades em dar sequência às tarefas. Nas atividades de controlo de bola, que exigia a coordenação de membros superiores, foi capaz de realizar algumas tarefas com a bola (driblar e largar e apanhar a bola).
	Controlo do corpo	Ao nível da coordenação bilateral, não realizou com sucesso nenhuma das tarefas, apresentando dificuldades na coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores. Nas tarefas de equilíbrio, foi capaz de percorrer uma distância em marcha controlada (equilíbrio dinâmico), todavia, revelou dificuldades em manter o controlo postural quando a base de sustentação e menor (equilíbrio estático).
	Força e agilidade	Apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal, e verificou-se que, como o G.T. não conseguia controlar o seu equilíbrio, apresentando dificuldades em saltar ao pé-coxinho,
	Principais conclusões	Apresentou um perfil psicomotor abaixo do esperado para a sua faixa etária, revelando dificuldades motoras globais, com períodos de atenção relativamente curtos e alguma agitação motora.
R.C. Idade no momento de avaliação: 5 anos e 7 meses Data da avaliação: 05-09-2016 Avaliado por: Dra. Joana	Apreciação geral	Aderiu à avaliação, participando na maior parte tarefas.
	Controlo Manual Fino	Na precisão motora fina, apresentou pouca destreza no preenchimento das formas. Realizando sem grande investimento a maior parte das tarefas (realizou à “pressa” e sem cuidado). Na integração motora fina, demonstrou-se atento à maior parte das figuras, conseguindo realizar com sucesso o círculo, o quadrado, os círculos sobrepostos e o triângulo.
	Coordenação Manual	Nas atividades de destreza manual, apesar de aderir às tarefas, apresentou-se, por vezes, disperso. A sua dispersão, pode ter condicionado, em parte, os resultados, que foram baixos para a sua faixa etária. Nas tarefas de controlo de bola (coordenação dos membros superiores), apenas realizou a tarefas mais simples (largar e apanhar a bola).
	Controlo do corpo	Na coordenação bilateral, demonstrou-se mais resistente em participar nas atividades, realizando-as com muito esforço. Na tarefa em que consistia em bater os pés e dedos mesmo lado sincronizados, verificou-se que realizava o movimento de forma simultânea, mas o R.C. não investia na tarefa. Quanto ao equilíbrio, começou por realizar bem a tarefa do equilíbrio dinâmico, mas nem sempre cumpriu as instruções. No equilíbrio estático, conseguia manter o corpo imóvel sobre uma base de sustentação menor durante alguns segundos.

	Força e agilidade	Apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e aferiu-se que era capaz de saltar ao pé-coxinho durante uns segundos. No entanto, realizou a tarefa com muito esforço e resistência.
	Principais conclusões	Revelou um perfil de desenvolvimento heterogêneo abaixo do esperado para a sua idade, com maiores dificuldades na precisão motora fina e coordenação motora. A sua disposição para participar em algumas tarefas poderá ter, condicionado em parte, os seus resultados.
T.M. Idade no momento de avaliação: 6 anos e 2 meses Data da avaliação: 04-01-2017 Avaliado por: Estagiária	Apreciação geral	Esteve conversador, aderindo e participando nas atividades da avaliação.
	Controlo Manual Fino	Na precisão motora fina, apesar de ter realizado as tarefas com cuidado, revelou dificuldades no controlo preciso das mãos, apresentando resultados mais baixos no labirinto curvo e no recorte do círculo. Na integração motora fina, copiou com sucesso a maior parte das figuras.
	Coordenação Manual	Na destreza manual, revelou pouca precisão e destreza do movimento das mãos, e demonstrou-se apreensivo com o tempo. Na coordenação dos membros superiores, apresentou dificuldades no planeamento visuo-motor e rigidez muscular, não conseguindo realizar nenhuma das atividades de controlo de bola.
	Controlo do corpo	Quanto à coordenação bilateral, observou-se que, o T.M. era capaz de realizar movimentos de coordenação dos membros superiores e inferiores de forma sequencial e simultânea. Ao nível do equilíbrio dinâmico, foi capaz de percorrer uma distância em marcha controlada, apesar de se verificarem algumas oscilações. No equilíbrio estático, conseguiu durante uns segundos manter o seu corpo imóvel.
	Força e agilidade	Apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e verificou-se que, não conseguia saltar ao pé-coxinho sem ter apoio, devido à sua rigidez muscular e falta de equilíbrio.
	Principais conclusões	Apresentou um resultado global abaixo do esperado para a sua idade. Revelou como área forte a integração motora fina, manifestando maiores dificuldades ao nível da destreza manual, coordenação motora e equilíbrio.
T.P. Idade no momento de avaliação: 7 anos e 4 meses Data da avaliação: 04-01-2017 Avaliado por: Estagiária	Apreciação geral	Aderiu às tarefas, revelando-se envolvido e curioso com algumas atividades. Por vezes, foi necessário um maior envolvimento para que se mantivesse nas tarefas.
	Controlo Manual Fino	Na precisão motora fina, investiu na concretização das tarefas, no entanto, revelou dificuldades no controlo do movimento, manifestando maiores dificuldades no labirinto curvo, na dobragem e recorte do círculo. Na integração motora fina, foi capaz de representar a maior parte das figuras, apresentando-se atendo ao modelo.
	Coordenação Manual	Nas tarefas de destreza manual, além de demonstrar grande preocupação com o fator tempo, apresentou dificuldades em inibir a mão não dominante e revelou lentidão na execução dos movimentos. Nas atividades de controlo de bola (coordenação dos membros superiores), manifestou dificuldades no planeamento visuo-motor.
	Controlo do corpo	Na coordenação bilateral, realizou movimentos de coordenação dos membros superiores e inferiores de forma simultânea, embora quando lhe foi pedido para os realizar sequencialmente, o seu movimento era rígido e pouco fluído. Nas tarefas de equilíbrio, realizava com sucesso a tarefa mais simples (marcha controlada – equilíbrio estático), todavia, apresentou maiores dificuldades em controlar o corpo imóvel quando a base de sustentação era menor.

	Força e agilidade	Apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e, observou-se que, conseguia saltar ao pé-coxinho, embora não tenha investido na tarefa até ao fim, também por evidenciar maior fadiga.
	Principais conclusões	Apresentou um perfil de desenvolvimento abaixo do esperado para a sua idade. Apesar das suas dificuldades, revelou-se uma criança recetiva e participativa.

Neste grupo é perceptível que há crianças que manifestam maiores dificuldades a nível da motricidade global, como é o caso do G.T. e T.M., mas também se pode perceber que, a base destas dificuldades poderá ser diferente. I.e., no caso do T.M. poderá pensar-se que, a sua rigidez muscular em conjunto com os seus medos motores, podem condicionar em parte, a realização de determinadas tarefas. Já no caso do G.T., as suas dificuldades podem ser explicadas pela sua imaturidade e pouca capacidade de atenção. Enquanto o T.P. revelou uma postura mais inibida, o R.C. apresentou maior resistência em realizar as atividades da avaliação.

2.3.2. Questionário de Comportamento da Criança 1 1/2 5 anos

Os questionários de Comportamento da Criança direcionados para os pais (CBCL), foram todos preenchidos pelas mães das crianças, durante o mês de fevereiro de 2017. Neste período foram também entregues os questionários dirigidos às educadoras.

Um aspeto a ter em consideração é que, este questionário se destina a crianças com idades até aos 5 anos e, como foi possível analisar, apenas um ¼ do grupo cumpre este critério. No entanto, tanto o CBCL como o C-TRF aplicados, principalmente o C-TRF, têm em conta o contexto pré-escolar, com itens dirigidos para esta etapa. Todas as crianças presentes no grupo estavam, no presente ano letivo 2016/2017 integradas no pré-escolar. Por este motivo, considerou-se mais sensato aplicar estas escalas tendo em conta o contexto escolar atual da criança, visto que, numa escala tendo em vista as suas idades atuais, alguns dos itens estariam desadequados.

No que diz respeito às escalas que constituem os Questionários de Comportamento da Criança, verificou-se que, apenas o G.T. foi assinalado a nível clínico na Escala dos Problemas de Atenção (escala VI) no CBCL, não abrangendo qualquer nível preocupante no C-TRF. Já o R.C. apresentou um nível *bordeline* na Escala de Reatividade Emocional (Escala I) no questionário preenchido pela educadora. O T.M. teve um resultado *bordeline* na Escala da Ansiedade/Depressão e na Escala Problemas de Sono (Escala II e V, respetivamente) no questionário entregue mãe. Apenas o T.P. teve níveis *bordeline* em ambas os questionários (CBCL e C-TRF), apesar destes não serem concordantes (Escala I no CBCL e Escala IV no C—TRF), como pode ser observado na tabela 20.

Tabela 20 - Resultados clínicos e *borderline* do CBCL e C-TRF do Grupo Pré-escolar (Avaliação Inicial)

Criança	CBCL		C-TRF	
	Escala sinalizada a nível clínico	Escala sinalizada a nível <i>borderline</i>	Escala sinalizada a nível clínico	Escala sinalizada a nível <i>borderline</i>
G.T.	VI – problemas de atenção	-	-	-
R.C	-	-	-	I – Reatividade emocional
T.M.	-	II – ansiedade/depressão; V – Problemas de sono	-	-
T.P.	-	I – Reatividade emocional	-	IV - isolamento

Analisando individualmente cada criança, o G.T. apresentou maiores problemas ao nível da atenção. Itens referentes a questões como “não se concentra”, “não fica sentado”, “fraca coordenação” e “muda rapidamente de atividade” (itens 5, 6, 56 e 59) foram cotados com 2 (muitas vezes verdadeira). No entanto, a educadora do G.T. não revela a mesma preocupação, tanto ao nível da atenção, como nas restantes escalas. Nas questões de resposta aberta, a mãe destaca o falar muito alto (“berrar”), a teimosia e falta de concentração como principais preocupações, descrevendo o G.T. como sendo uma criança afetuosa e meiga. Nestas questões, a educadora deixou em branco.

No questionário preenchido pela mãe do R.C. não foi sinalizada qualquer escala (a soma dos itens referentes a cada escala do CBCL encontram-se todos a nível normativo), ao contrário do questionário entregue à educadora (Escala I), que cotou itens como “mudanças de rotinas”, “mudanças de humor”, “amua”, “o novo aborrece”, “choraminga” e “é preocupado” (itens 21, 82, 83, 92, 97, 99) com 1 (algumas vezes verdadeira). Na questão de resposta aberta referente ao que mais preocupa sobre a criança, a mãe respondeu que está preocupada com a alimentação, dado que o R.C. se recusa a provar novos alimentos e ao nível da linguagem, pois revela dificuldades na construção das frases. A educadora, de forma geral, salienta também estas preocupações, acrescentando ainda a preocupação na relação com os pares e adultos. Em relação ao tópico “descreva o que esta criança tem de melhor”, a educadora revela que, a nível de trabalho individual é uma criança atenta e concentrada até terminar a tarefa e que manifesta interesse em aprender. A mãe adverte também o gosto para aprender, acrescentando que é uma criança brincalhona, bem-disposta e alegre.

Quanto ao T.M. obteve nível *borderline* nas Escalas II (Ansiedade/depressão) e V (Problemas de sono), pelo que, a mãe considerou na Escala I como sendo algumas vezes verdadeiras (cotação 1) as afirmações “dependente”, “sentimentos magoados”, “parece infeliz”, “embaraçado” (itens 10, 33, 43 e 47) e como sendo muitas vezes verdadeira (cotação 2) a afirmação “é medroso” (item 87). Relativamente à Escala V, destacou os itens “não dorme sozinho”, “dificuldades em adormecer”, “resiste em ir para

a cama” e “dorme menos” (itens 22, 38, 64 e 74) com cotação 1 e os itens “pesadelos” e “acorda muitas vezes” (itens 48 e 94) com 2. No questionário preenchido pela educadora, nada a salientar. Contudo, nas questões de resposta aberta, a educadora revelou preocupações com a autoestima e ideias fixas do T.M. Evidencia a criatividade, a persistência quando tem dificuldade e a capacidade de se manter concentrado como qualidades da criança. A mãe manifestou igualmente preocupações ao nível da falta de confiança e autonomia, ressaltando que é uma criança muito participativa e interessada, que gosta de aprender e é esforçada.

Por último, a mãe do T.P. manifesta como preocupações o atraso de desenvolvimento em todas as áreas e embora considere que o seu filho tem estado a evoluir, adverte que as diferenças são notórias quando comparado com outras crianças da mesma idade. Descreve-o como sendo uma criança meiga, obediente e compreensiva. A educadora destaca o cumprimento das regras e o ser amoroso com os outros como pontos fortes do T.P., embora tenha demonstrado como preocupações, o relacionamento com os pares. Relata também, as suas dificuldades ao nível da linguagem. No CBCL, a mãe considerou algumas vezes verdadeira (cotação 1) as afirmações “demonstra pânico”, “mudanças rápidas”, “mudança de humor”, “amua”, “choraminga” e “preocupado” (itens 51, 79, 82, 83, 97 e 99). No C-TRF, os aspetos relacionados com o isolamento (Escala IV), sugeriram um nível *borderline*. A educadora cotou com muitas vezes verdadeira (cotação 2) os itens “evita olhar” e “pouco afeto” (itens 4 e 70) e algumas vezes verdadeira os itens “atos infantis”, “apático”, “sonha acordado”, “não responde”, “não responde a afetos” e “isolamento” (itens 2, 12, 19, 23, 67 e 98).

2.3.3. Grelha de Observação das Relações entre Pares

A avaliação informal inicial das relações entre pares demorou algumas semanas, até que fosse possível analisar todos os elementos presentes. Foi apenas na 4^o sessão, (quando o grupo era apenas constituído por 3 crianças – R.C., T.M. e T.P.) que o grupo esteve todo presente, pelo que, foi no final dessa sessão que a *Grelha de Observação das Relações entre Pares* foi preenchida pela estagiária. No entanto, ao longo das primeiras sessões, algumas características e comportamentos já tinham sido observados.

Da observação inicial, destaca-se a dificuldade comum ao nível do estabelecimento e manutenção das relações com os pares, mais evidente no T.P., que tendia a manter-se mais próximo da figura do adulto do que dos pares, assim como revelava preferência em brincar sozinho, isolando-se mais do grupo. Ao contrário do R.C. cujas dificuldades se centravam mais em respostas impulsivas face aos colegas, interagia sem pensar muito no que estava a fazer, interrompendo as atividades ou brincadeiras dos restantes

colegas. Já o T.M. demonstrava-se frequentemente disperso do grupo e das atividades, assim como tendia a brincar sozinho com os mesmos materiais.

O R.C. apresentava grande preferência e vontade de brincar e estar com os pares, apesar de, se demonstrar um pouco controlador em relação às atividades e resistente face às ideias dos outros. No entanto, quando se envolvia nas tarefas, revelava grande entusiasmo, interagindo com os colegas.

Quanto ao T.M., verificava-se regularmente, a intenção comunicativa e de interagir com os pares. Contudo, na maior parte do tempo revelava-se disperso e alheio das atividades e do grupo, não se apercebendo, por vezes, das iniciativas dos pares, que pretendiam envolvê-lo nas tarefas. Também não demonstrava grande envolvimento nos jogos sociais.

Já o T.P. no decorrer das atividades, nem sempre participava, circulando próximo do grupo, mas apresentando comportamentos de aproximação/afastamento ou então observando ativamente as outras crianças. Sendo que, sempre que queria brincar com determinado objeto ou realizar determinada atividade pedia com frequência permissão aos colegas ou técnico/estagiária.

Por fim, o G.T. foi avaliado na primeira sessão em que integrou o grupo (no dia 8 de março de 2017 – sétima sessão de grupo) e manifestou comportamentos muito diferentes dos comportamentos observados em sessões individuais, num trabalho de um para um (aderia às tarefas, colaborava e participava). Verificaram-se assim, comportamentos de impulsividade na sua relação com os outros. Tendia a imitar os colegas, tirando-lhes os brinquedos ou então destruindo as atividades montadas. Dispersava com frequência das atividades realizadas em grupo, preferindo muitas vezes brincar sozinho. Recusava-se também a participar nos jogos em grupo. Ao nível da atenção, não se concentrava nas tarefas, afastando-se dos colegas e correndo pela sala. Gritava e falava alto com regularidade.

2.4. Plano de intervenção psicomotora

Após reunidas todas as informações das avaliações iniciais (formal e informal) das crianças que constituem o grupo, está apresentado na tabela 21 o plano de intervenção estruturado pela estagiária.

Tabela 21 - Plano de intervenção psicomotora do Grupo Pré-escolar

Estrutura geral do programa	Duração: 6 meses		Contexto	Hospitalar/Clinico
	Frequência: semanal (60 minutos de sessão) - quartas-feiras das 14h às 15h. N.º total de sessões previstas: 18		Recursos/materiais	Material CDC
	Divisão das sessões: (1) avaliação inicial – mês de janeiro e fevereiro; (2) intervenção Psicomotora – 18 de janeiro até 28 de junho; (3) avaliação final – 19 a 26 junho.		Instrumentos de avaliação	TPMBO-2 versão reduzida; CBCL e C-TRF 1 1/2 - 5 APR – secção I.
Domínios do desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais	
Motor	Promover a motricidade fina.	Promover a destreza e precisão dos movimentos finos.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de construir formas em plasticina; - ser capaz de realizar percursos e labirintos cronometrados no tempo; - ser capaz de realizar atividades que envolvam o recorte, dobragem e colagem. 	
	Desenvolver a motricidade global.	Desenvolver movimentos globais complexos.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de saltar no mesmo sítio movimentando os braços e pernas alternadamente e de forma sequencial; - ser capaz de driblar uma bola com uma mão. 	
		Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de saltar a pés juntos e em apoio unipodal, num espaço delimitado pelo técnico; - ser capaz de manter o corpo imóvel (com um e dois apoios) durante um período de tempo. 	
Cognitivo	Promover as competências cognitivas.	Aumentar os períodos de atenção e envolvimento nas tarefas.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de concentrar-se numa atividade durante a sua realização, podendo ter ajudas verbais do técnico; - ser capaz de verbalizar uma atividade, após explicação da mesma; - ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma. 	
Linguagem e comunicação	Promover as competências ao	Aumentar as competências de linguagem expressiva.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de elaborar um discurso de acordo com o contexto; - ser capaz de verbalizar o que deseja realizar quando questionado pelo técnico; 	

	nível da comunicação.		<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de partilhar a sua opinião com as outras crianças (aumentar os períodos de diálogo entre pares); - ser capaz de verbalizar acontecimentos do quotidiano quando solicitado pelo técnico.
Social	Desenvolver as capacidades de interação social.	Promover o domínio afetivo e a consciencialização de atitudes.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de verbalizar os seus próprios sentimentos e/ou emoções, quando questionado pelo técnico; - ser capaz de reconhecer os comportamentos menos adequados, quando questionado pelo técnico; - ser capaz de reconhecer que as suas atitudes ou ações podem afetar os pares, pedindo desculpa, sem necessidade de solicitação por parte do técnico.
		Estimular a tomada de consciência do outro.	<ul style="list-style-type: none"> -ser capaz de partilhar brinquedos com os colegas e técnicos; - ser capaz de esperar pela sua vez numa atividade; - ser capaz de verbalizar sentimentos e/ou emoções do outro, quando questionado pelo técnico.
		Promover o respeito por regras.	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de cumprir as regras da sala; - ser capaz de cumprir as regras das atividades, podendo ser recordado das mesmas pelo técnico.
		Melhorar a autorregulação de comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de diminuir os comportamentos de oposição e desafio, aceitando as solicitações do técnico; - ser capaz de tolerar as derrotas ou insucessos, de forma adequada às situações, podendo o técnico facultar apoio. - ser capaz de conter os comportamentos de instabilidade motora, mantendo-se na atividade.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer ajudas físicas ou verbais sempre que for necessário; - Facultar feedbacks e reforços positivos ao longo das tarefas; - Estruturar as sessões partindo sempre de tarefas mais simples para as mais complexas; - Simplificar ou complexificar as tarefas sempre que necessário; - Criação de situações-problema como forma de promover a comunicação e interajuda; - Atividades de consciencialização e representação corporal; - Jogos de regras e atividades de cooperação; - Brinquedos e materiais como facilitadores e mediadores da comunicação/representação de sentimentos; - Ampliar as oportunidades e atividades que promovam experiências ricas em interações interpessoais; - Corrigir ou ignorar comportamentos indesejados; - Contenção através do toque; - Aumentar a iniciativa de as crianças serem capazes de propor atividades conjuntas. 		

2.5. Intervenção Psicomotora em Grupo – implementação do plano de intervenção

Uma intervenção deste carisma, permite de forma simultânea desenvolver as capacidades motoras, ao mesmo tempo que promovem as competências sociais (e.g. Onofre, 2003 e Aragón, 2009).

À semelhança dos outros grupos de intervenção, também o Grupo Pré-escolar era da responsabilidade da psicomotricista local, sendo que após a sua ausência, foi a estagiária que assegurou a continuidade da intervenção. Assim, as primeiras sessões tinham essencialmente como foco, o estabelecimento de um vínculo entre as crianças e a estagiária. Pelo que, numa primeira fase as atividades tinham como objetivo a exploração do espaço, o relacionar-se com o outro, através de atividades de quebra-gelo, incitando a participação e espontaneidade das crianças. E apesar de, as atividades serem pensadas previamente pela estagiária, estas tinham um carácter flexível, sendo muitas vezes adaptadas às ideias do grupo. No entanto, esta gestão nem sempre foi fácil, dada a grande variabilidade do grupo, que numa fase inicial, cada criança queria realizar apenas a sua ideia ou atividade e a coesão e união do grupo numa só tarefa tornava-se difícil.

Nas primeiras sessões, a liderança do R.C. foi notória. O facto de se sentir mais confortável para interagir com os outros, fez com que fosse ele que unisse os colegas. Durante a realização de determinada tarefa, se houvesse uma criança fora da mesma a brincar sozinha, era o R.C. que se esforçava mais por incluir o colega no jogo. Contudo, com o passar do tempo o R.C. tendia a controlar muito as outras crianças e as atividades, o que gerou algumas vezes, alguns conflitos entre o grupo.

Quanto ao G.T., após a sua inserção no grupo, algumas atividades foram também interrompidas, dada a sua constante imitação dos pares, que numa primeira fase, imitava de forma aleatória os colegas, mas com o passar das sessões apenas imitava as ações do R.C. destabilizando, por vezes, o decorrer normal da sessão.

Já o T.P. nos períodos de maior dispersão ou conflitos isolava-se mais do grupo, enquanto o T.M. manifestava alguma tendência para gerir esses conflitos.

As atividades realizadas tinham em conta as ideias e interesses do grupo, que muitas vezes, tinham que aceder às ideias um dos outros, o que foi sendo cada vez mais fácil com o passar das sessões. Após dois meses de intervenção, já era possível observar uma maior união do grupo nas atividades, onde os diferentes elementos davam ideias para um determinado jogo. As atividades realizadas foram na sua maioria jogos de construção (e.g. circuitos motores, carros de polícia), algo de grande interesse para o R.C. e T.M., jogos de regras, competição ou cooperação, atividades expressivas ou gráficas, entre outras (anexo X). Entre os domínios traçados no plano de intervenção

psicomotora para o grupo, os mais predominantes nas atividades foram os da motricidade global e interação social (gráfico 6).

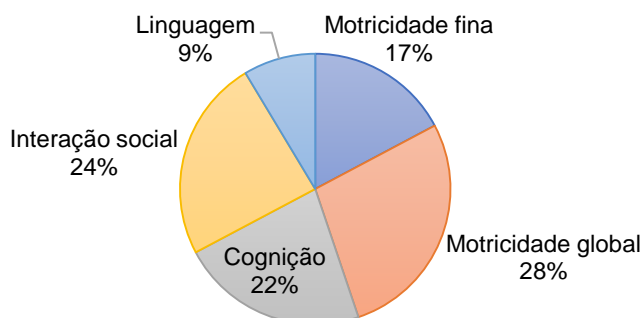


Gráfico 6 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões do Grupo Pré-escolar

As sessões começavam sempre com um diálogo inicial, com o intuito de as crianças poderem falar um pouco da sua semana e de estabelecer e decidir a tarefas a realizar. Assim como, no final de cada sessão, era feito um breve diálogo final, fazendo um resumo das atividades e dos comportamentos do grupo. Todavia, nas primeiras sessões, tanto o início como o final da sessão eram caracterizados por períodos de grande desorganização e agitação motora (mais evidentes no R.C. e G.T.), pelo que, era mais complicado juntar o grupo para refletir e falar em conjunto. Com o passar das sessões, o grupo foi estando mais disponível e organizado para estes momentos, e o domínio da linguagem foi sendo mais facilmente trabalhado (gráfico 6).

A intervenção em grupo teve início no dia 18 de janeiro de 2017, decorrendo ao longo de 19 sessões e terminando no dia 7 de junho do mesmo ano, para interrupção de férias letivas (tabela 22).

Tabela 22 - Lista de presenças de cada elemento do Grupo Pré-escolar 2016/2017

Nome	Janeiro				Fevereiro				Março				
	-	-	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29
R.C.	-		X			X	X	X		X	X	X	X
T.M.				X	X	X	X	X		X	X	X	X
T.P.			X	X	X	X		X		X		X	X
G.T.		(foi integrado no grupo em março)								X	X	X	X
N.º da sessão	-		1	2	3	4	5	6		7	8	9	11
Nome	Abril				Maio					Junho			
	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	19-26	
	Pais										Pais		
R.C.	X		X	X		X	X			X		Avaliações Individuais Finais	
T.M.	X				X	X	X	X	X	X	X		
T.P.	X		X	X		X	X	X	X		X		
G.T.	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
N.º da sessão	11		12	13	14	15	16	17	18	19	20	-	

Foram concretizadas 19 sessões (tal como se afere na tabela 22), contudo, foram apenas 8 sessões em que o grupo contou com a presença de todos os elementos (gráfico 7). Sendo que, o G.T. e o T.M. foram os mais assíduos.

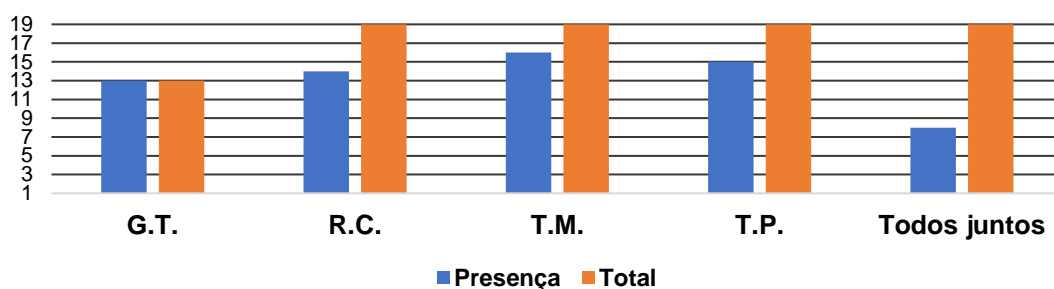


Gráfico 7 - Assiduidade dos elementos do Grupo do Pré-escolar

Após a última sessão de grupo e depois da reunião realizada com os pais para levantamento do ponto de situação quer da intervenção em grupo, quer da situação atual na escola, todas as crianças foram novamente reavaliadas. A reavaliação formal teve em conta o TPMBO-2 e os Questionários do Comportamento da Criança (CBCL e C-TRF), que foram entregues aos pais. Informalmente, a avaliação foi realizada através da *Grelha de Observação da Relação entre Pares*. Os resultados serão apresentados de seguida.

2.6.Avaliação final – Resultados obtidos após intervenção

2.6.1. Teste de proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2)

O G.T. foi reavaliado aos 5 anos e seis meses, no dia 20 de junho de 2017. Aderiu bem às atividades, embora por vezes, tenha manifestado alguma desatenção.

- No controlo manual fino, apresentou melhorias globais. Na precisão motora fina, esperou pelas instruções e revelou evoluções nas tarefas dos labirintos e dobragem, apesar de ainda manter dificuldades ao nível do controlo do movimento das mãos. Na integração motora fina, demonstrou-se atento ao modelo apresentado, conseguindo representar as figuras mais simples (e.g. círculo, quadrado) e apesar de não ter sucesso nas restantes formas (mais complexas), esforçou-se por as realizar.
- Na coordenação manual, a sua evolução não foi tão notória. Na destreza manual, continua a revelar lentidão e pouca precisão na execução do movimento e nem sempre se demonstrou atento. Nas atividades de coordenação dos membros superiores), mantém as dificuldades em controlar a bola.
- No controlo do corpo, já consegue saltar de forma simultânea coordenando os braços e pernas, no entanto, revela dificuldades em manter o movimento de forma sequencial (o movimento não é fluído, nem harmonioso). Quanto ao equilíbrio, mantém as dificuldades em controlar o corpo quando a base de sustentação é menor (equilíbrio estático).

- Na força e agilidade, apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e verifica-se que, já é capaz de saltar ao pé-coxinho sem apoio, no entanto, perde o equilíbrio com o passar do tempo.

Em suma, o G.T. revelou melhorias globais nos resultados da avaliação (gráfico 8A), apesar de ainda apresentar dificuldades motoras globais, mais visíveis ao nível do equilíbrio, que exige também a manutenção da atenção. O G.T.mantém ainda dificuldade em estar atento , embora se tenha também sentido evoluções na sua capacidade de atenção, apresentando-se mais concentrado.

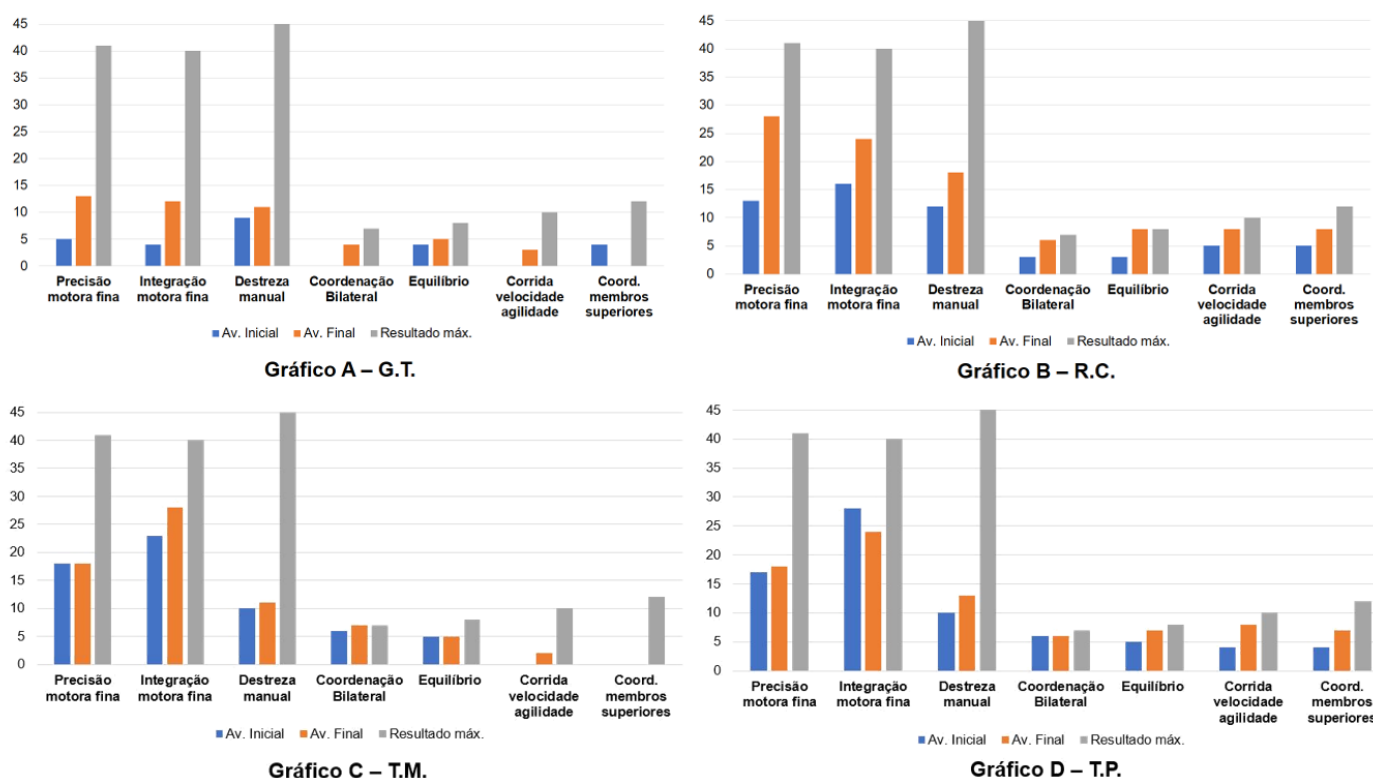


Gráfico 8 - Comparação dos resultados das avaliações iniciais e finais do TPMBO-2 - Grupo Pré-escolar

O R.C. foi reavaliado aos 6 anos e 4 meses, no dia 21 de junho de 2017, aderindo e participando nas tarefas, revelando em algumas delas grande motivação e entusiasmo.

- No controlo manual fino, ao nível das tarefas da precisão motora fina o R.C. apresentou melhorias em todas as atividades, revelando-se cuidadoso e empenhado na concretização das mesmas, apresentando um bom controlo do movimento fino. Na integração motora fina, demonstrou-se atento ao modelo apresentado, já sendo capaz de copiar o triângulo e o losango.
- Na coordenação manual, realizou as tarefas da destreza manual com entusiasmo, apresentando-se atento e mantendo um resultado adequado. Nas atividades de

controlo de bola (coordenação dos membros superiores), já consegue realizar a tarefas mais complexa (driblar a bola).

- Em relação ao controlo do corpo, verifica-se que, investiu nas tarefas da coordenação bilateral e já é capaz de realizar com sucesso a tarefa mais simples (bater pés e dedos mesmo lado sincronizados). Todavia, quando lhe é pedido para realizar movimentos coordenados com os braços e pernas de forma simultânea e sequencial (saltar no mesmo sítio mesmo lado sincronizados), releva maior dificuldade na coordenação e fluidez do movimento. Nas tarefas de equilíbrio dinâmico e estático, realizou com sucesso todas as atividades.
- Na força e agilidade, apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e, observou-se que, já consegue saltar ao pé-coxinho durante um dado período de tempo.

Em suma, o R.C. revelou melhorias significativas nos resultados da avaliação (gráfico 8B), apresentando um desenvolvimento psicomotor dentro do esperado para a sua idade. O R.C. esteve muito mais participativo e envolvido nas tarefas, manifestando grande empenho nas mesmas, obtendo resultados mais consistentes e homogêneos face à avaliação anterior.

O T.M. foi reavaliado aos 6 anos e 7 meses, no dia 19 de junho de 2017, revelando-se bem-disposto e participando nas tarefas da avaliação.

- No controlo manual fino, no que diz respeito à precisão motora fina, mantém as dificuldades no controlo preciso das mãos. Já na integração motora fina apresentou uma representação mais homogênea dos modelos apresentados, no entanto, não consegue reproduzir as figuras mais complexas.
- Na coordenação manual, ao nível da destreza manual, revelou-se preocupado e nervoso com o fator tempo, mantendo lentidão do movimento na execução das tarefas. Na coordenação dos membros superiores, continua a apresentar dificuldades no planeamento visuomotor, não conseguindo realizar com sucesso nenhuma das atividades com a bola.
- No controlo do corpo, em relação à coordenação, verificou-se que, já realiza os movimentos de coordenação dos membros superiores e inferiores com maior agilidade e fluidez. Ao nível do equilíbrio, continua a manifestar dificuldades em inibir o movimento quando o corpo está imóvel (equilíbrio estático).
- Na força e agilidade, apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e, observou-se que, o T.M. já revela menos medo em saltar sozinho e sem apoio, apesar de ainda serem evidentes as suas dificuldades em manter o equilíbrio.

Em suma, o T.M. apresentou algumas evoluções nos resultados da avaliação (gráfico 8C), embora mantenha um perfil de desenvolvimento abaixo do esperado para a sua faixa etária.

O T.P. foi reavaliado aos 7 anos e 4 meses, no dia 26 de junho de 2017, apresentando-se curioso e participando em todas as tarefas.

- No controlo manual fino, continuam a ser observadas as suas dificuldades no controlo do movimento fino nas tarefas da precisão motora fina. Quanto à integração motora fina, o T.P. apresentou-se muito hesitante em representar algumas das figuras, nomeadamente as mais complexas (e.g. o losango), o que resultou em pontuações mais baixas em comparação com a primeira avaliação.
- Na coordenação manual, em relação às tarefas de destreza manual, mantém os resultados abaixo do esperado para a sua idade. Nas atividades de controlo de bola, já foi capaz de realizar com sucesso as tarefas mais simples (apanhar e largar a bola).
- No controlo do corpo, nas tarefas da coordenação bilateral continua a observar-se que os seus movimentos de coordenação dos membros superiores e inferiores são pouco fluídos. No equilíbrio, já foi capaz de se manter imóvel durante alguns segundos quando a base de sustentação é menor (equilíbrio estático).
- Na força e agilidade, apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal e, verifica-se que, já é capaz de saltar ao pé-coxinho durante um tempo pedido, evidenciando menor fadiga.

Em suma, o T.P. revelou melhorias nos resultados da avaliação, mais observáveis nas tarefas de motricidade global (e.g. saltos, equilíbrio) (gráfico 8D). No entanto, mantém um desenvolvimento psicomotor abaixo do esperado para a sua idade.

Como se pode verificar atentamente pelo gráfico 9, de forma geral, todas as crianças apresentaram evoluções positivas nos resultados globais da avaliação com o TPMBO-2 (pontuações médias obtidas em cada área). No entanto, estas crianças quando comparadas com a norma, afere-se que, o seu perfil psicomotor se mantém na maioria abaixo do esperado para a sua idade. Apenas o R.C. apresentou resultados adequados para a sua idade aquando reavaliado. Contudo, atenta-se para o cuidado destas conclusões, visto que, tal como foi dito anteriormente, este instrumento não se encontra normalizado para a população portuguesa (Carvalho, 2011). Bem como, uma avaliação não pode estar só cingida apenas à aplicação de instrumentos padrão, deve ter também em conta as características individuais (Saint.Cast, 2005).

Ainda assim, a aplicação deste instrumento é uma mais-valia na prática psicomotora, porque permite perceber a evolução das capacidades das crianças nos diferentes domínios do desenvolvimento motor (motricidade fina e global).

2.6.2. Questionário de Comportamento da Criança 1 1/2 5 anos

O CBCL e C-TRF foram entregues na reunião realizada no dia 14 de junho de 2017 em conjunto com os pais.

Tal como se pode aferir na tabela 23, apenas o G.T. teve resultados idênticos em todas as escalas que constituem os questionários comparando os dois momentos de avaliação. Ao nível do CBCL, a escala que se voltou a destacar foi a VI, referente aos problemas de atenção, uma das principais queixas da mãe, mas também da educadora, apesar desta escala não estar assinalada no C-TRF. A teimosia e o falar muito alto continuam a ser preocupações indicadas tanto pela mãe, como pela educadora, assim como destacam também a sua imaturidade. A educadora aponta ainda que, quando se concentra nas tarefas, já as consegue executar com atenção e algum empenho. Estes comportamentos foram também visíveis ao longo da intervenção em grupo, principalmente o falar muito alto. No entanto, o G.T. revela problemas de audição e, por vezes, verificava-se que demonstrava dificuldades em se ouvir ou ouvir os outros, o que pode explicar, em parte, este comportamento. Em relação à capacidade de atenção, também se observou que, com o decorrer das sessões foi apresentando maiores níveis de concentração nas tarefas.

Tabela 23 - Resultados clínicos e borderline do CBCL e C-TRF do Grupo Pré-escolar (Comparação avaliação inicial e final)

Criança	CBCL				C-TRF			
	Escala sinalizada a nível:				Escala sinalizada a nível:			
	Clínico		Borderline		Clínico		Borderline	
	1ª Ava.	2ª Ava.	1ª Ava.	2ª Ava.	1ª Ava.	2ª Ava.	1ª Ava.	2ª Ava.
G.T.	VI	VI	-	-	-	-	-	-
R.C.	-	-	-	I e IV	-	-	I	I
T.M.	-	-	II e V	-	-	III	-	-
T.P.	-	-	I	I, II, IV e V	-	-	IV	I, II, e IV
Legenda: I – Reatividade emocional; II – Ansiedade/depressão; III – Queixas somáticas; IV – Isolamento; V – Problemas de sono; VI – Problemas de atenção; VII – Comportamento agressivo								

Quanto ao R.C., no C-TRF foi assinalada novamente a Escala I (Reatividade emocional) (tabela 23). Contudo, desta vez, na escala preenchida pela mãe, surgiram níveis *borderline* em duas escalas. Estes níveis podem ser explicados pelo facto de, no primeiro momento de avaliação os resultados obtidos estarem situados muito próximos do nível *borderline*. Nesta segunda avaliação, a mãe assinalou também o item 82 (mudança de humor) da Escala I (Reatividade emocional) e o item 67 (não responde a afetos) como algumas vezes verdadeira (cotação 1). Na resposta aberta, volta a

referenciar preocupações ao nível da linguagem e alimentação, expondo ainda que, o R.C. tem revelado mais comportamentos de oposição-desafio. Sendo que, no C-TRF, as mesmas preocupações são referidas, acrescentado também, a dificuldade que o R.C. demonstrou no último período em gerir a frustração, nomeadamente quando contrariado, variando o seu comportamento e atitudes. Algo que foi igualmente observável nas sessões de psicomotricidade, mas apenas numa fase inicial, em que em momentos de maiores conflitos, de partilha de brinquedos ou quando se sentia contrariado, manifestava-se muito zangado com os colegas, revelando dificuldades em gerir o seu comportamento. Com o passar do tempo e com a ajuda do adulto foi sendo cada vez mais capaz de se acalmar, já gerindo melhor a sua frustração.

Em relação ao T.M., a nível quantitativo verifica-se que houve uma evolução no CBCL, onde nenhuma escala foi assinalada a nível *borderline* ou clínico (tabela 23). Ao contrário do que se observa no C-TRF, em que a Escala III (Queixas somáticas) surge assinalada a nível clínico. Segundo a perspetiva da educadora, o T.M. tem manifestado maiores preocupações com a limpeza e dores de estômago (itens 78 e 86, cotados com 1). Nas questões de resposta aberta, a educadora não salienta preocupações, apesar de assinalar a importância do reforço para a criança como forma de incrementar a sua autoestima e criatividade. De forma geral, a mãe adverte que o T.M. tem estado a evoluir em vários domínios, sendo que na escola apontam o mesmo. Ao nível dos receios motores está mais ágil e aventureiro.

Por último, o T.P. teve mais escalas assinaladas comparativamente ao primeiro momento de avaliação (tabela 23). No CBCL, as Escalas II (Ansiedade/depressão), IV (Isolamento) e V (Problemas de sono) aparecem também indicadas a nível *borderline*, para além da Escala I. Pelo que, na Escala II, a mãe assinalou com 2 (muitas vezes verdadeiro) os itens “nervoso” e “embaraçado” (itens 47 e 68), sinalizado com 1 (algumas vezes verdadeiro) o item 87 (medroso). Na Escala do Isolamento, a mãe assinalou a afirmação “não responde quando falam com ele” (item 23) como algumas vezes verdadeira. Este item tinha sido cotado com 0 na primeira avaliação, apesar de ser um comportamento que já era referido pelos pais antes de qualquer avaliação com estes questionários. Quanto à Escala V, verifica-se que o T.P., segundo a mãe, tem estado mais agitado, dormindo menos, revelando dificuldades em adormecer e resistindo ir para a cama (itens 38, 64 e 84). Apesar destes resultados, na reunião com os pais, a mãe destacou a grande evolução do T.P., principalmente a nível motor e da interação social (já tem mais amigos). No entanto, referiu ainda que há algumas questões que a preocupam, nomeadamente a nível social, pois o facto de a criança não olhar as pessoas nos olhos e evitar o contacto são aspetos que a inquietam, tal como

foi assinalado na questão de resposta aberta. No C-TRF, a educadora continua a revelar preocupação em relação à interação social e ao nível das escalas, destacou também como sendo uma afirmação muitas vezes verdadeira (cotação 2) o item 47 (nervoso) da Escala II (Ansiedade/depressão), indo ao encontro dos resultados obtidos no questionário preenchido pela mãe do T.P.

Em suma, apesar dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação serem divergentes num sentido negativo, uma vez que, na segunda avaliação, na maior parte das crianças surgem escalas assinaladas a nível *borderline* e clínico, dando a entender que há regressões no comportamento. Todos os pais, de forma geral, enunciaram evoluções a nível comportamental tanto em casa como na escola. O preenchimento destes questionários poderá ser, por vezes, um pouco subjetivo. A maior perceção e compreensão dos comportamentos do seu filho pode, também, influir na forma como os pais encaram cada afirmação do questionário. Como por exemplo, é o caso do R.C., que no segundo momento de avaliação surgem níveis *borderline* nas escalas da Reatividade Emocional e Isolamento (Escala I e IV), no entanto, à conversa com a mãe, percebe-se que, o R.C. está menos reativo, já não se isola tanto e já interage mais com os pares.

Para uma melhor leitura e compreensão dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, no anexo XI estão disponíveis os gráficos que permitem identificar o resultado normativo, *borderline* ou clínico de cada escala.

2.6.3. Grelha de Observação das Relações entre Pares

A *Grelha de Observação das Relações ente Pares* para segunda avaliação, foi preenchida pela estagiária na última sessão de grupo (7 de junho de 2017). Globalmente, comparando dos dois momentos de avaliação, foram observáveis evoluções em todas as crianças.

Quando o G.T. entrou para o grupo, já tinham decorrido algumas sessões de grupo, levando algum tempo a integrar-se na dinâmica. Revelava momentos de grande dispersão e, verificou-se que, com o tempo foi estando mais presente e participativo no grupo e nas tarefas. Já se envolvia com maior entusiasmo e empenho nas atividades em conjunto, apresentando também maior iniciativa para sugerir jogos de grupo. O R.C. foi um elemento importante para a integração do G.T., cuja relação se estabeleceu rapidamente e após poucas sessões brincavam muitas vezes juntos. No entanto, o G.T. ainda tende a imitar muito os colegas, assim como ainda revela dificuldades em gerir a sua impulsividade.

Em relação ao R.C., foi um elemento muito importante para a integração de todas as crianças, ao interagir e incentivar os colegas a participar nas tarefas. Contudo, apesar de propor muitas vezes atividades em conjunto, apresentava grande resistência em aderir às ideias do grupo, tendendo a controlar muito a sessão, pois as atividades tinham que ter em conta apenas os seus interesses. Durante algumas sessões manifestou dificuldades em gerir e aceitar outras atividades, embora com incentivo e reforço fosse participando e interagindo com os pares. Nas últimas sessões, aferiu-se que, já demonstrava mais vontade em ouvir e participar nas ideias dos outros.

Para o T.M. o grupo foi importante, na medida em que, o ajudou a tornar-se mais confiante, querendo experimentar coisas novas e revelando maior iniciativa. Nas primeiras sessões, manifestava-se com regularidade disperso das tarefas, mas com o passar do tempo, observou-se que começou a estar muito mais envolvido e participativo nas atividades, interagindo com grupo e revelando menor dispersão. Apesar de, por vezes, ainda se verificarem momentos em que o T.M. se encontra próximo do grupo, mas que está a brincar sozinho.

O T.P. que numa primeira fase se afastava do grupo, principalmente em momentos de maior agitação, dispersão e conflito, com o passar das sessões, foi sendo capaz de intervir e de tentar apaziguar os conflitos, argumentando quando sentia que estavam a acontecer injustiças face a si próprio ou colegas. Começou a ter mais em atenção ao outro, assim como começou a interagir mais e a aceitar mais as aproximações dos colegas. Apresentou-se cada vez mais participativo e envolvido nas atividades de grupo.

No anexo XII consta a *Grelha de Observação das Relações ente Pares* com as cotações de cada item nos dois momentos de avaliação.

2.7. Conclusões

A formação deste grupo de intervenção teve, também, como objetivo preparar as crianças para o ingresso no primeiro ano de escolaridade (à exceção do G.T. que frequentará o pré-escolar durante mais um ano). O contacto e interação com os outros acontecia, na maioria das crianças, de uma forma muito impulsiva (e.g. R.C.) ou inibida (e.g. T.P.), pelo que, estas dificuldades puderam ser trabalhadas em contexto de intervenção.

Recorrendo a atividades lúdicas, promoveram-se vários domínios do desenvolvimento (e.g. motricidade global e competências sociais), a partir de experiências vivenciadas em ambiente contentor e seguro. Com a intervenção, foi possível ajudar as crianças na organização e gestão dos seus comportamentos, estimulando as capacidades de relação e interação com os pares.

O tempo de intervenção teve uma duração de, aproximadamente, 6 meses (19 sessões), o que permitiu observar alguns progressos individuais. A nível motor, onde de forma geral, se verificaram melhorias em todas as crianças (e.g. motricidade fina, coordenação motora). A nível relacional cada criança foi, de modo gradual, revelando maior envolvimento e participação, tanto nas tarefas, como com os colegas. Aumentou, também, o tempo de diálogo em grupo e em contrapartida, foram diminuindo os momentos de maior dispersão e isolamento.

Numa fase inicial, em que as crianças manifestavam grandes dificuldades nas relações com os pares, verificou-se que, ao longo do período de intervenção, laços de proximidade e afetividade se foram estabelecendo entre o grupo. Percecionou-se alguma tristeza, nas últimas sessões, em que já se antecipava a separação do grupo.

Com a escolha deste estudo de caso, foi possível observar as vantagens que uma intervenção em grupo manifesta face a uma intervenção individual. Nomeadamente, estimular a partilha de experiências e dificuldades sentidas entre crianças, favorecendo a comunicação, interação social e trocas afetivas (e.g. Aragón, 2009). Para crianças mais inibidas, o grupo incentiva a comunicação e à relação com os pares. Enquanto que, para crianças que apresentem maior instabilidade motora ou alterações de comportamento, o grupo permite trabalhar com maior facilidade a aceitação de regras, o pensar antes de agir e a regulação emocional. Por fim, salienta-se também, a importância dos momentos de reflexão em conjunto, que ajudam as crianças a se colocar no lugar do outro (e.g. Fields, Perry & Fields, 2010).

Reflexão crítica, dificuldades e limitações

A vontade de aprofundar conhecimentos e de promover o meu crescimento profissional resultou numa candidatura ao Mestrado de Reabilitação Psicomotora. Dadas as minhas inseguranças, principalmente enquanto profissional de psicomotricidade e métodos de trabalho, decidi que, o RACP seria a melhor opção para me ajudar a melhorar e a crescer no seio daquilo que é a intervenção psicomotora com crianças e respetivas famílias. Assim, o CDC pareceu-me desde logo, a melhor opção.

Este ano que se passou, descrevo-o como sendo um período repleto de experiências e aprendizagens muito positivas. Promoveu o meu crescimento tanto pessoal, como profissional e que, surgiu não só de todas as aprendizagens, mas também das dificuldades sentidas.

Para esta fase, considero que, a forma como a equipa do CDC me recebeu foi um fator fundamental para a minha boa integração. Salientando, desde do início, o profissionalismo da psicomotricista local, que desde o primeiro dia se disponibilizou a ajudar e ensinar. Ao longo do estágio, houve a possibilidade de contactar e conhecer o trabalho de outras especialidades, percebendo o valor que um psicomotricista pode ter numa equipa multidisciplinar. E senti que, de alguma forma, fui reconhecida e pude dar também o meu contributo, enquanto estagiária de Psicomotricidade.

Apesar do período de grande ausência, por parte da psicomotricista local, destaco o seu esforço em se apresentar sempre disponível, pelas reuniões e deslocações, supervisionando sempre o trabalho desenvolvido. No entanto, quando as intervenções deixaram de ter a supervisão direta e com o aumento da autonomia e responsabilidade, surgiram também mais inseguranças e receios, principalmente, pelo pouco contacto com a população atendida e com o contexto de intervenção (clínico-hospitalar). Ainda assim, saliento a fase inicial de estágio, onde a supervisão e *feedbacks* por parte da Dra. Joana resultaram em críticas construtivas para melhorar a minha forma de estar e de trabalhar. As suas indicações e sugestões, bem como a forma como me fazia pensar e refletir sobre as coisas (e.g. atividades, estratégias implementadas) foram fundamentais para o meu crescimento e evolução a nível profissional.

Do crescente contacto com as famílias das crianças, quando comecei a realizar as primeiras consultas sozinha ou a dar devoluções dos resultados das avaliações formais, surgiram, também, inseguranças na forma de como lidar e falar com os pais, tendo em conta as suas perspetivas enquanto pais e preocupações com a criança. Contudo, com o tempo e com a ajuda da equipa do CDC fui ganhando maior confiança e segurança.

Uma dificuldade muito evidente ao início, estava relacionada com a capacidade de observação e escuta, percebendo de que forma, podia atuar para, de forma criativa e

lúdica, fosse capaz de construir ou utilizar diferentes atividades e estratégias visando o desenvolvimento da criança. E após este período de estágio, considero que, neste momento, revelo maior capacidade de resposta e observação, embora saiba que necessite de mais contacto e prática com este tipo de população e patologias para poder evoluir ainda mais.

A “definição teórica” do conceito psicomotricidade, parece, por vezes, diferente daquele que é vivenciado e experienciado, pois na prática a pouca experiência, as dúvidas que surgem ao nível da nossa competência profissional e as nossas próprias características influem também na nossa forma de trabalhar e podem erguer-se como obstáculos ao longo do nosso percurso profissional. Conseguir lidar com as inseguranças e colocar de parte as perspetivas pessoais ajudaram a superar estes obstáculos, tornando a minha forma de intervir muito mais fluída, contribuindo para o desenvolvimento de determinadas competências profissionais, como a maior autonomia, maior capacidade para a resolução de problemas e maior capacidade de decisão e resposta.

Outra dificuldade sentida centra-se no pouco conhecimento prático da aplicação do TPMBO-2, que apesar de ser um instrumento dado durante a licenciatura de Reabilitação Psicomotora, foi necessário que houvesse um maior período de adaptação e prática do mesmo.

E, do ponto de vista da avaliação formal ou da elaboração dos estudos de casos, estes ficam por vezes, um pouco limitados, pela falta de instrumentos de avaliação no âmbito da intervenção psicomotora. Uma vez que, os que existem ou não têm em conta a população portuguesa ou então são também instrumentos utilizados por técnicos de outras áreas, situação que se verificou no CDC (contudo, destaco a possibilidade e facilidade de acesso entre técnicos para consultar os resultados obtidos noutros instrumentos de avaliação aplicados noutras especialidades que o centro apresenta).

Outra limitação surge também ao nível da avaliação do comportamento (no caso dos estudos de caso), que para além de existirem muito poucas escalas na área da Psicomotricidade, alguns dos instrumentos utilizados tiveram que ser adaptados (exceto o CBCL e C-TRF), tendo em conta outras escalas e testes de avaliação e que, estiveram dependentes da subjetividade que uma avaliação informal manifesta.

Principais conclusões e perspectivas futuras

A realização deste estágio permitiu aprofundar competências ao nível da intervenção, observação e avaliação psicomotora, bem como estruturar planos de intervenção com objetivos gerais e específicos, considerando as características e necessidades especiais de cada criança e família. Afirmar-se assim que, a decisão de estagiar no CDC foi ao encontro daquilo que eu procurava, levando-me a questionar e a reconstruir a minha identidade profissional e pessoal.

As minhas aprendizagens foram resultado não só do contacto com as crianças e respetivas famílias, mas também pelo trabalho desenvolvido em conjunto com a Dra. Joana e a equipa do CDC, que com a sua dedicação e motivação trabalham em parceria, reunindo conhecimentos de várias especialidades, para o incremento do desenvolvimento e qualidade de vida de muitas crianças e suas famílias.

Os estágios propostos no RACP visam a aprendizagem e experiência direcionadas para o mercado de trabalho e definitivamente, o CDC foi um local que me proporcionou grandes aprendizagens, partilha de opiniões e novos conhecimentos. Para além de que, permitiu melhorar algumas das minhas atitudes e perceções enquanto profissional, que serão agora ainda mais pensadas e preponderadas, visto que, estamos a lidar com crianças e famílias, que detêm perspetivas e visões diferentes. Sinto que desenvolvi mais a minha capacidade de refletir e pensar sobre as coisas, seja enquanto psicomotricista ou enquanto colega de trabalho que integra uma equipa multidisciplinar, indo ao encontro dos objetivos gerais do RACP.

Todas as conquistas, aprendizagens e vivências culminaram numa experiência enriquecedora e gratificante, que contribuiu gradualmente para o meu crescimento pessoal e profissional. Porém, evoluções foram também evidentes nas crianças e famílias com quem trabalhei ao longo deste ano. Havendo, de forma geral, um *feedback* positivo por parte dos pais acerca das crianças e dos progressos que as mesmas demonstraram nos vários contextos e domínios do desenvolvimento. Bem como da restante equipa do CDC, que as acompanha e me acompanhou ao longo deste ano e que destaca a importância da intervenção psicomotora no desenvolvimento infantil.

Esta foi uma experiência académica e profissional onde para além de adquirir novos conhecimentos, pude aplicar outros já adquiridos ao longo da minha formação em Reabilitação Psicomotora. No entanto, considero que devemos estar em constante evolução, procurando sempre novas aprendizagens, formações e conhecimentos.

No futuro, pretendo continuar a aprender e a aprofundar as minhas competências profissionais no âmbito do desenvolvimento infantil e intervenção com as famílias.

Desejo continuar a acompanhar crianças que revelem dificuldades e necessidades especiais, visando o seu progresso e desenvolvimento.

Referências bibliográficas

- Achenbach, T. (2014). *ASEBA – Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Psiquilibrio Edições.
- Allen, S. F. (2007). Parents perceptions of intervention practices in home visiting programs. *Infants & Young Children*, 20(3), 266-281.
- Almeida, C. (2004). Intervenção precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(22), 65-72.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*. (6), 56-64.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic na Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V)*. American Psychiatric Publishing.
- Amorim, R. (2011). Avaliação da criança com alteração da linguagem. *Nascer e Crescer*, XX (3), 174-176.
- Aragón, M. (2009). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2012). *Psicomotricidade*. Consultado em julho de 2017 no sítio <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Beitchman, J. & Brownlie, E. (2010). Language Development and its Impact on Children's Psychosocial and Emotional Development (Ed. Revista). *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-8. Consultado em julho de 2017 no sítio http://www.child-encyclopedia.com/documents/Beitchman-BrownlieANGxp_rev.pdf.
- Borges, L. (2016). *Prefácio*. In Carvalho et al (Eds.). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, vol. I, n. 2, 20-26.
- Boyce, W., Jensen, E., James, S. & Peacock, J. (1983). The family routines inventory: Theoretical origins. *Social Science and Medicine*, 17, 193-200.
- Boyle, J., McCartney, E., Forbes, J. & O'Hare, A. (2007). A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. *Health Technol Assess*, 11(25).
- Bradshaw, J.; Steiner, A. M.; Gengoux, G. & Koegel, L. K. (2015). Feasibility and Effectiveness of Very Early Intervention for Infants At-Risk for Autism Spectrum Disorder: A systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 778-794.
- Brandão, T. (2004). Quando nasce uma criança com deficiência: impacto para a família. *A Psicomotricidade*. (4), 22-34.
- Brandão, T. & Craveirinha, F. (2011). Redes de apoio social em famílias multiculturais, acompanhadas no âmbito da intervenção precoce: um estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 1 (XXIX), 27-45.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., 1, 993–1028). New Jersey: Wiley.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2005). *BOT 2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (Second ed.)*: Pearson Assessments.
- Cabral, A. (2001). *O jogo no ensino*. Editorial Notícias: Lisboa.
- Carneiro, A.; Dias, P.; Magalhães, C.; Soares, I.; Rangel-Henriques, M.; Silva, J.; Marques, S. & Baptista, J. (2013). Avaliação do temperamento aos 13 e aos 24 meses através do relato da mãe: validação da versão portuguesa do Infant Characteristics Questionnaire. *Journal of Human Growth and Development*, 23 (1), 71-79.

- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.
- Carvalho, J. (2011). *Avaliação da proficiência motora em crianças: estudo da validade clínica do teste de Proficiência motora Bruininks-Oseretsky numa população de crianças, entre os 5 e 7 anos de idade, com perturbações do desenvolvimento*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento da Criança na variante de Desenvolvimento Motor. Cruz-Quebrada: FMH-UTL.
- Carvalho, L.; Almeida I.; Felgueiras, I.; Leitão, S.; Boavida, J.; Santos, P. Serrano, A.; Brito, T.; Pimentel, J.; Pinto, A.; Grande, C.; Brandão, T. & Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.
- Castelo, T. & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31 (1), 12-17.
- Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva [CDC] (2009). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva. Consultado em abril de 2017 no sítio <http://www.cdc-hgo.com>.
- Contandriopoulos, A.-P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11 (3), pp. 705-711.
- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Costa, J. (2003). Psicomotricidade Relacional. *A Psicomotricidade*, 1 (1), 42-46.
- Costa, J. (2005). *Dinâmica de grupo em Psicomotricidade de base relacional*. In Vigidal, M. (Ed.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes*, 273-296. Trilhos Lisboa: Lisboa.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), pp. 55-64.
- Cruz, A., Fontes, F. & Carvalho, M. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Consultado em julho de 2017 no sítio <http://www.inr.pt/download.php?filename=21+-+Avalia%E7%E3o+da+satisfa%E7%E3o+das+fam%EDlias+apoiadas+pelo+PIIP%3Aresultados+da+aplica%E7%E3o+da+escala+ESFIP&file=%2Fuploads%2Fdocs%2FEdicoes%2FLivros%2FLivro021.pdf>.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. *Diário da República*, 1.ª série - nº 193.
- Dornelas, L.; Duarte, N. & Magalhães, L. (2015). Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulina de pediatria*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009>.
- Dornelas, L.; Duarte, N.; Morales, N.; Pinto, R.; Araújo, R.; Pereira, S. & Magalhães, L. (2016). Functional Outcome of School Children with history of Global Developmental Delay. *Journal of Child Neurology*, 31 (8), 1041-1051.
- Dunst, C. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C. (2005). *Framework for practicing evidence based early childhood intervention and family support. CASEinPOINT 1(1)*. Consultado em outubro de 2017 no sítio <http://www.rehab.alabama.gov/docs/default-source/default-document-library/caseinpoint-framework-for-practicing-evid-based-early-childhood-interv-amp-fam-support.pdf?sfvrsn=0>.
- Eisenberg, N. (2005). Temperamental effortful control (self-regulation). Encyclopedia on Early Childhood Development. Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Consultado em julho de 2017 no sítio <http://www.childencyclopedia.com/documents/EisenbergANGxp.pdf>.

- European Forum Psychomotricity [EFP] (2012). *Psychomotrician Professional Competences In Europe* (Documento em PDF). Consultado em julho de 2017 no sítio http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf.
- Ferreira, J. (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.
- Fields, M.; Perry, N. & Fields, D. (2010). *Constructive Guidance and Discipline – Preschool and Primary Education*. Pearson Education, Inc: New Jersey.
- Figueiras, A.; Souza, I.; Rios, V. & Benguigui, Y. (2005). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. *Organização Pan-Americana da Saúde*, Washington, D.C.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1995). O Inventário de Comportamentos da Criança para Professores: Teacher Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX (2), 81-102.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11 (1), 113-121
- Franco, V., Melo, M., & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. *Educar em Revista*, 43, 49-69.
- Gras, R. M. L. (2004) Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 22, 101-106.
- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). *Intervenção Precoce: o processo de construção de boas práticas* (Relatório final). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guralnick M. (2003). Assessment of peer relations. Washington: Child Development and Mental Retardation Center - University of Washington.
- Guralnick, M. (1999). Family and Child Influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 5, 21-29.
- Guralnick, M. J. (2011). Why Early Intervention Works: a systems perspective. *Infants Young Child*, 24 (1), 6-28.
- Johnson, N.; Moffatt, J.; Smith, K & White, C. (2012). *A guide to Early Intervention Group Therapy*. Ridge Meadows Child Development Centre Society. Consultado em julho de 2017 no sítio <http://rmcdc.com/wp-content/uploads/2014/11/AGuidetoEarlyInterventionGroupTherapy.pdf>.
- Joly, F. (2007). Les sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 55(2), 73-86.
- Kelly, A. & Sandiford, J. (2013). Communication disorders. In A. Seal, G. Robinson, A. Kelly, e J. Williams (Eds.). *Children with neurodevelopmental disabilities: the essential guide to assessment and management* (1ª ed.). United Kingdom: Mac Keith Press.
- Koul, R., Al-Yahmedi, M. & Al-Futaisi, A. (2012). Evaluation of children with global developmental delay: A prospective study at Sultan Qaboos university hospital, Oman. *Oman Medical Journal*, 27 (4), 310-313.
- Lapierre, A. (2008). El juego. Expresión primera del inconsciente. *Revista Ibero Americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8 (3), 137 – 147.

- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., e Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a recent systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, 165-188.
- Lázaro, A., L. & Félez, C. R. (2014). La intervención psicomotriz educativa y la superación de fobias: Estudio de caso. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad e Técnicas Corporales*. 39, pp. 93-121.
- Levac, D.; Wishart, L.; Missiuna, C. & Wright, V. (2009). The application of motor learning strategies within functionally based interventions for children with neuromotor conditions. *Pediatric Physical Therapy*, 345-355.
- Llinares, M. & Rodriguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(2), 11-24.
- Llinares, M. (2007). Aprender el cuerpo cuanto antes: la atención psicomotriz temprana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 7 (25). 31-38.
- López, P. I., Sánchez, M. J. M. & Ibáñez, C. A. (2004) La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana. *Educación XX1*, 7, 111-133.
- Marques, J., Castro, M., Gonçalves, P., & Martins, R. (2012). Grelha de Observação do Comportamento. Grelha desenvolvida no Núcleo de estágio em Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa
- Martins, R. (2001). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional*. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*, pp. 29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Martins, Simões e Brandão (2012-2013). Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil – conceitos gerais. *Revista portuguesa de clínica geral*, 25(6), 669-676
- McLeod, S. & Harrison, L. J. (2009). Epidemiology of Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4- to 5-Year-Old Children. *J Speech Lang Hear Res*, 52 (5), 1213-1229.
- Meisels, S. & Shonkoff, J. (2000). Early Childhood Intervention: A continuing evolution. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., 3-34). Cambridge: Cambridge University Press
- Muslow, G. (2008). Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *Educación*, 31(1), 31-65.
- Nabais, A. & Guerreiro, E. (2005). *A intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças no período de latência*. In Vigidal, M. (Ed.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes*, 215-236. Trilhos Lisboa: Lisboa.
- Neisworth, J.; Bagnato, S.; Salvia, J.; Hunt, F. (1999). *Manual for the Temperament and Atypical Behavior Scale. Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction*. Paul H. Brooks Publishing C.º: Baltimore. Traduzido e adaptado por J. Vaz, S. Lopes & T. Brandão, 2009. Departamento de Educação Especial e Reabilitação, UTL.
- Nelson, C. (2000). Neural plasticity and human development: the role of early experience in sculpting memory systems. *Developmental Science*, 3(2), 115-136.
- Nip, I.; Green, J. & Marx, D. (2011). The Coemergence of Cognition, Language, and Speech Motor Control in Early Development: A longitudinal Correlation Study. *Journal Communications Disorders*, 44 (2), 149-160.

- Oliveira, R.; Rodrigues, F.; Venâncio, M.; Saraiva, J. & Fernandes, B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/Déficite Intelectual. *Saúde Infantil*, 34 (3), 5-10.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal... na Psicomotricidade da criança – Um ensaio para uma estratégia de intervenção educo-terapêutica para que a criança comece a adquirir noção da sociabilidade, da criatividade e da aprendizagem em grupo. *A Psicomotricidade*, 1 (1), 37-41.
- Onofre, P. S. (2004). *A Criança...e a sua Psicomotricidade...uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Papalia, D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Artmed Editora S.A: Porto Alegre – Brasil.
- Pardo, M. & Carvalho, M. (2012). Grupos de orientação de pais: estratégias de intervenção. *Contextos clínicos*, 5 (2), 80-87.
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: evidências e consequências. *Inclusão* (10), 101-120
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*. 3, pp. 47-52.
- Probst, M., & Vliet, P. (2005). A terapia psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*. 6, pp.15-33.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Rodríguez, J. & Llinares, M. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, 35-60.
- Rothbart, M. (2004). Commentary: Differentiated Measures of Temperament and Multiple Pathways to Childhood Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33 (1), 82-87.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional Regulation: The Development Ecology of Early Intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., 135-159). Cambridge: Cambridge University Press
- Sandall, S. R. & Schwartz, I. S. (2008). *Building Blocks for Teaching Preschoolers with Special Needs* – 2th Edition. Paul Brooks
- Sanson, A., Hemphill, S. A., & Smart, D. (2004). Connections between Temperament and Social Development: A Review. *Social Development*, 13(1), 142-170.
- Seabra-Santos, M. & Almeida, M. (2014). Falamos da mesma criança? Concordância mãe-pai-professores na avaliação do Temperamento de crianças portuguesas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1), 10-20.
- Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, 4(1), 1-19.
- Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D.,...Sheth, R. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60, 367-380
- Shevell, M.; Majnemer, A.; Platt, R., Webster, R. & Birnbaum, R. (2005). Developmental and functional outcomes in children with global developmental delay or developmental language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 678–683.
- Silva, E. & Albuquerque, C. (2011). Atraso do Desenvolvimento: a imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 12 (1), 19-39.

- Silva, S., et al. (2010). Rotinas Familiares de Ribeirinhos Amazônicos: Uma Possibilidade de Investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 341-350.
- Simms, M. (2007). Language Disorders in children: Classification and clinical Syndromes. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 437-467.
- Sturm, L. (2004). Temperament in early childhood: a primer for the perplexed. *Zero to Three*, 4-11.
- Sundheim, S. & Voeller, K. (2004). Psychiatric implications of language disorders and learning disabilities: risks and management. *Journal of Child Neurology*, 19 (10), 814-826.
- Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Tervo, R. (2003). Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders. *A Pediatric Perspective*, 12 (3), 1-6.
- Tirosh, E. & Jaffe, M. (2011). Global Developmental Delay and Mental Retardation - a pediatric perspective. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17, 85–92.
- Vidigal, M. J. (2005). Introdução. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 15-40). Lisboa: Trilhos Editora.
- Viholainen, H.; Lyytinen, P.; Cantell, M.; Tolvanen, A. & Lyytinen, H. (2007). Early motor development and later language and reading skills in children at risk of familial dyslexia. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 367-373.
- Walker, S.; Berthelsen, D. & Irving, K. (2001). Temperament and peer acceptance in early childhood: Gender and social status differences. *Child Study Journal*, 31, 177–193.
- Walters, A. (2010). Developmental Delay – Causes and Investigation. *Paediatric Neurology*, 10, (2), 32-34.
- Waring M. & Seal, A. (2013). Behavior and understanding and coping with disability. In A. Seal, G. Robinson, A. Kelly, e J. Williams (Eds.). *Children with neurodevelopmental disabilities: the essencial guide to assessment and management* (1ª ed.). United Kingdom: Mac Keith Press.
- Willrich, A.; Azevedo, C. & Fernandes, J. (2009). Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Neurociências*, 17 (1), 51-56.
- Wong, V. (2011). Global developmental delay – a delay in development of terminology. *Developmenta Medicine & Child Neurology*, 585.
- World Health Organization [WHO] (2016). *Autism spectrum disorders*. Consultado em julho de 2017 no sítio <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/>.
- Young, A. R., Beitchman, J. H., Johnson, C., Douglas, L., Atkinson, L., Escobar, M. & Wilson, B. (2002). Young Adult Academic Outcomes in a Longitudinal Sample of Early Identified Language Impaired and Control Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 635-645.
- Zentner, M., & Bates, J. (2008). Child Temperament: An Integrative Review of Concepts, Research Programs, and Measures. *European Journal of Developmental Science*, 2(1/2), 7-37.

Anexos

Anexo I – Crianças acompanhadas em Psicomotricidade no CDC durante o ano letivo 2016-2017

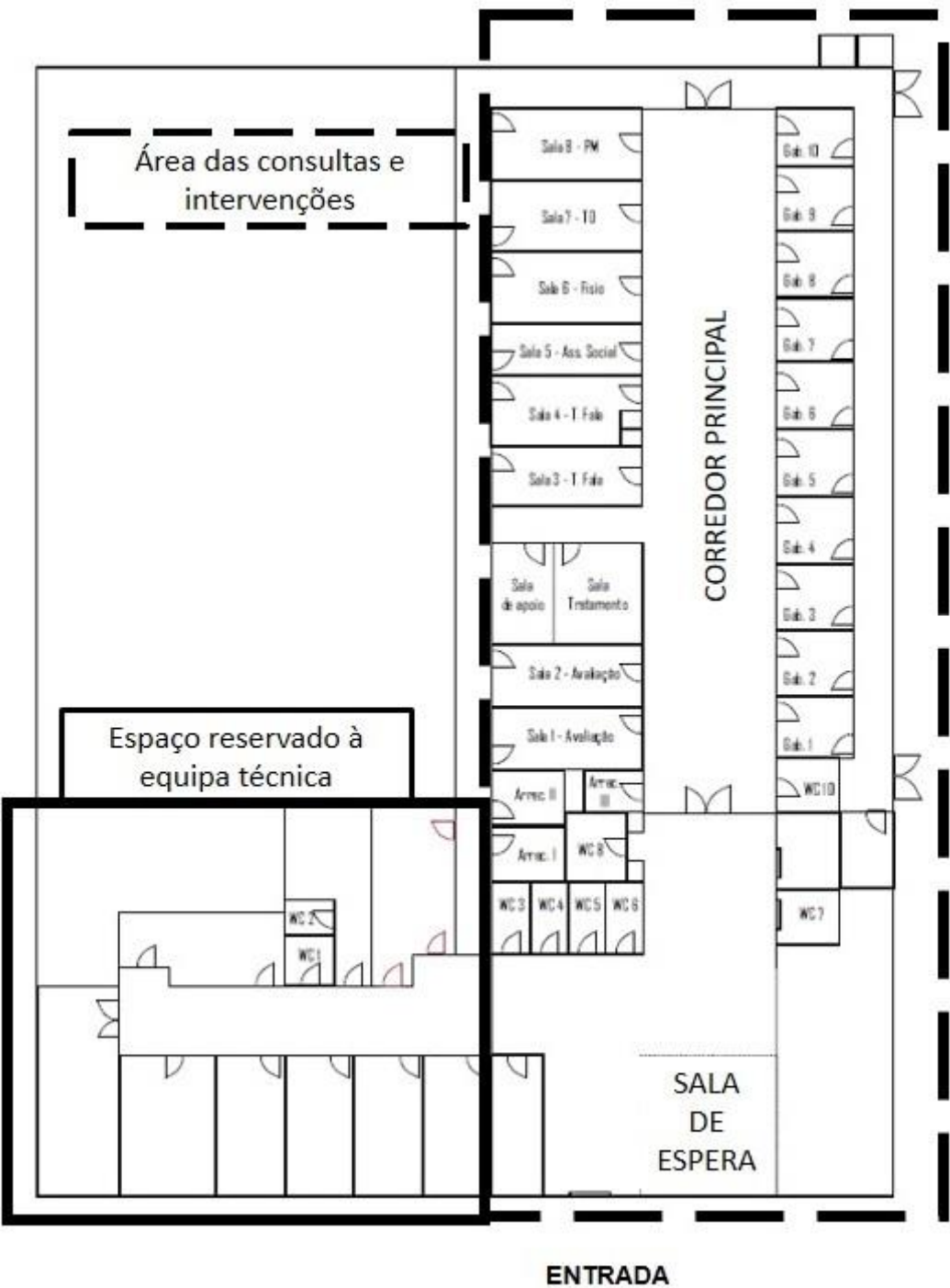
Criança	Género	Idade	Data de nascimento	Consulta	Motivo da consulta	Diagnóstico	Tipo de intervenção	Observações
A.F.	M	9	25/08/2007	Desenvolvimento	Problemas de comportamento, instabilidade motora, baixa concentração.	PHDA; PCM	Grupo	Grupo 4
A.M.F.	M	8	13/04/2009	Neuropediatria	Dificuldades na motricidade fina, equilíbrio, destreza e coordenação.	Epilepsia	Avaliação formal	Avaliado pela estagiária de 1º ciclo.
A.M.R.	F	7	31/12/2009	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades de atenção e na motricidade fina.	-	Reavaliação formal e intervenção individual	Iniciou intervenção em janeiro de 2017.
A.O.	M	7	04/10/2009	Neuropediatria	Dificuldades na motricidade fina.	-	Avaliação formal	Avaliado pela estagiária de 1º ciclo.
A.R.	M	6	19/06/2010	Desenvolvimento	Dificuldades na coordenação motora.	PEA	Individual	Continuidade da intervenção.
A.R.R.	F	6	20/12/2010	Desenvolvimento	Descoordenação motora.	-	Avaliação formal	-
A.S.	M	7	04/12/2009	Neuropediatria	Integração em grupo com o objetivo de melhorar a interação com os pares.	-	Avaliação formal	Será reavaliado no próximo ano.
B.F.	F	4	07/01/2013	Reabilitação Pediátrica	Avaliação no âmbito dos prematuros.	-	Avaliação formal	-
C.M.	M	6	19/02/2010	Reabilitação Pediátrica	Agitação motora, impulsividade, dificuldades de atenção.	Perturbação da Linguagem	Intervenção individual e reavaliação formal	Iniciou intervenção em dezembro de 2016.
D.C.	M	7	03/02/2009	Desenvolvimento	Dificuldades na regulação emocional, questões emocionais na relação mãe-criança.	Perturbação da Vinculação	Grupo	Grupo 1
D.F.G.	M	9	04/04/2008	Desenvolvimento	Impulsividade/agitação motora; Integração em grupo	PHDA	Avaliação formal	-
D.G.	M	5	14/10/2011	Neuropediatria	Dificuldades na coordenação motora e na motricidade fina	PCM	Avaliação formal e informal	.-
D.J.	M	4	21/07/2012	Reabilitação Pediátrica	Avaliação no âmbito dos prematuros	-	Observação	Avaliado pela Dra. Joana.
D.K.J.	M	5	10/11/2011	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem e motricidade fina.	PEA	Avaliação formal	-
D.M.	M	3	07/03/2013	Reabilitação Pediátrica	Reencaminhado da Terapia Ocupacional.	AGD s/ etiologia	Individual	Continuidade da intervenção.

D.R.	M		15/05/2010	Desenvolvimento	Dificuldades na motricidade fina, pouca capacidade de atenção, agitação motora.	Perturbação Oposição/Desaio	Reavaliação formal	-
G.A.	M	9	07/07/2007	Desenvolvimento	Comportamento de oposição-desafio; possível integração em grupo para melhorar interação social.	-	Avaliação formal	-
G.C.	M	7	02/09/2009	Reabilitação Pediátrica	Alterações do comportamento (oposição, desafio, inquietude).	-	Grupo	Grupo 1
G.C.A.	M	4	06/11/2012	Desenvolvimento	Dificuldade na motricidade fina, grafismo; Dificuldades no planeamento de tarefas.	-	Avaliação formal	Orientação periódica aos pais.
G.F.	M	6	07/02/2011	Desenvolvimento	Dificuldade na coordenação motora; Comportamentos de oposição-desafio.	-	Individual	Iniciou intervenção em janeiro de 2017.
G.M.	M	4	09/12/2012	Reabilitação Pediátrica	Avaliação no âmbito dos prematuros.	-	Avaliação formal	-
G.R.S.	M	4	25/10/2012	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades motoras. Avaliação para orientação para comunidade.	-	Avaliação e reavaliação formal	Alta.
G.S.	M	4	09/04/2012	Neuropediatria	Dispersão, dificuldade em cumprir regras, dificuldades na motricidade fina.	-	Observação	Avaliado pela Dra. Joana.
G.T.	M	5	30/01/2012	Neuropediatria	Dificuldades de linguagem, dificuldades na coordenação motora.	AGD ligeiro	Reavaliação formal, intervenção Individual e integração em grupo	Grupo pré-escolar
G.V.	M	7	13/03/2010	Neuropediatria	Reavaliação psicomotora para orientação aos pais.	-	Reavaliação formal	Alta.
H.B.	M	5	14/12/2011	Neuropediatria	Comportamentos de oposição-desafio, fraca resistência à frustração.	PEA	Individual	Continuidade da intervenção.
H.P.	M	8	28/09/2008	Desenvolvimento	Possível integração em grupo; pouco tempo de permanência nas tarefas.	-	Avaliação informal	Avaliação para orientação para os pais
I.V.M.	F	5	01/01/2012	Reabilitação Pediátrica	Reavaliação psicomotora para orientação aos pais.	-	Reavaliação formal	Alta.
J.C.	M	4	15/06/2012	Neuropediatria	Avaliação no âmbito dos prematuros.	-	Avaliação formal	-
J.V.M.	M	5	01/01/2012	Reabilitação Pediátrica	Reavaliação psicomotora para orientação aos pais.	-	Reavaliação formal	Alta.
L.A.	M	8	02/11/2008	Desenvolvimento	Reavaliação psicomotora para orientação aos pais.	AGD	Reavaliação formal	-
L.C.	M	4	09/02/2012	Neuropediatria	Dificuldades na coordenação motora, dificuldades na motricidade fina.	AGD c/ epilepsia e s/ etiologia.	Avaliação informal e intervenção Individual	Iniciou intervenção em janeiro de 2017.

L.R.	M	6	26/05/2010	Desenvolvimento	-	Perturbação da Linguagem	Grupo	Grupo 3
L.S.	F	9	05/09/2007	Reabilitação Pediátrica	Reavaliação psicomotora para orientação aos pais.	-	Reavaliação formal	-
L.S.C.	F	4	15/06/2012	Neuropediatria	Avaliação no âmbito dos prematuros.	-	Avaliação formal	-
M.C.	F	6	17/04/2011	Desenvolvimento	Dificuldades globais e na linguagem; dificuldades na relação com os pares.	Perturbação da Linguagem	Individual e posterior integração em grupo	Grupo 2
M.C.D.	M	6	26/12/2010	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades de atenção, dificuldades motoras globais, impulsividade.	AGD	Individual	Plano de intervenção interrompido por motivos vários.
M.C.F.	M	10	05/04/2006	Neuropediatria	Comportamentos de oposição-desafio, hiperatividade e impulsividade.	Epilsepsia parcial benigna occipital com comorbilidade.	Grupo	Grupo 4
M.D.	F	4	14/07/2012	Reabilitação Pediátrica	Avaliação no âmbito dos prematuros	-	Avaliação formal	Será reavaliada no próximo ano.
M.F.	M	6	10/11/2010	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem, dificuldades na motricidade fina.	-	Avaliação formal	Alta.
M.J.	M	5	15/08/2011	Neuropediatria	Dificuldades de coordenação motora e falta de destreza motora.	-	Avaliação formal	Alta.
M.L.	F	5	21/08/2011	Desenvolvimento	Dificuldade em organizar ideias.	ADPM	Individual e posterior integração em grupo	Grupo 2
M.L.D.	F	4	04/10/2012	Reabilitação Pediátrica	Avaliação no âmbito dos prematuros.	-	Avaliação formal	Será reavaliada no próximo ano.
M.P.	F	5	20/09/2011	Neuropediatria	Dificuldades na coordenação e planeamento motor.	ADPM	Individual	Continuidade da intervenção.
M.S.	F	4	21/01/2013	Neuropediatria	Falta de equilíbrio e descoordenação, dificuldades globais.	Ataxia	Individual	Continuidade da intervenção.
R.B.	M	9	21/07/2007	Desenvolvimento	Dificuldades na interação com os pares, inibição, dificuldades na linguagem.	Suspeita de PEA	Grupo	Grupo 4
R.C.	M	5	17/02/2011	Reabilitação Pediátrica	Comportamentos de oposição/desafio, fraca capacidade de atenção	Perturbação da Linguagem	Individual e posterior integração em grupo	Grupo pré-escolar
R.F.	M	4	25/10/2012	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades globais, dificuldades na comunicação.	Perturbação da Comunicação	Avaliação formal	-
R.L.	M	7	22/01/2009	Neuropediatria	Comportamentos de oposição-desafio, dificuldades psicomotoras, dificuldades de concentração, desorganização	-	Individual	Continuidade da intervenção.

R.N.B.	M	9	27/09/2007	Desenvolvimento	Dificuldades na motricidade fina, dificuldades de equilíbrio, comportamentos de oposição-desafio.	PHDA	Grupo	Grupo 1
R.O.	M	13	10/06/2004	Reabilitação Pediátrica	Relatório de apoio para a escola.	Síndrome de Kabuki	Avaliação formal	-
R.P.	M	5	07/12/2011	Desenvolvimento	Dificuldades na motricidade fina e global.	-	Observação	Avaliado pela Dra. Joana.
R.Q.P.	M	6	22/02/2010	Desenvolvimento	Comportamentos de oposição-desafio.	Perturbação regulatória.	Grupo	Grupo ?
S.M.	M	6	14/11/2010	Neuropediatria	Dificuldades motoras globais.	Neurofibromatose Tipo 1	Individual	Intervenção com estagiária de 1º ciclo
S.P.	M	7	24/12/2009	Neuropediatria	Dificuldades na coordenação motora, dificuldades na interação social.	Perturbação regulatória.	Grupo	Grupo 3
S.S.	M	5	7/11/2011	Desenvolvimento	-	PEA	Individual	Continuidade da intervenção.
T.C.	M	7	12/06/2009	Neuropediatria	Dificuldades de atenção, impulsividade e ansiedade na resposta, dificuldades na motricidade fina.	ADPM	Avaliação formal	-
T.G.	M	11	27/09/2005	Desenvolvimento	Dificuldades na motricidade fina e grafismo, planeamento motor.	SA atípico, PHDA de expressão desatenta	Grupo	Grupo 4
T.M.	M	6	16/11/2010	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades globais, dificuldades na motricidade fina.	-	Individual e posterior integração em grupo	Grupo pré-escolar
T.P.	M	6	25/02/2010	Neuropediatria	Dificuldades na linguagem e na motricidade fina	AGD; Perturbação da Linguagem	Individual e posterior integração em grupo	Grupo pré-escolar
T.S.	M	4	19/10/2012	Reabilitação Pediátrica	Avaliação no âmbito dos prematuros.	-	Observação	Avaliado pela Dra. Joana.
T.S.M.	M	6	08/12/2010	Reabilitação Pediátrica	Pais preocupados com agitação motora e défice de atenção.	-	Avaliação formal.	Alta,
V.N.	M	7	14/03/2009	Desenvolvimento	Dificuldades na coordenação motricidade fina; impulsividade, dificuldades na capacidade de atenção	S. Asperger	Individual	Continuidade da intervenção.

Anexo II – Planta do CDC



Anexo III – Lista de Materiais da sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade

Material da Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade	
2 baloiços	Triciclos
2 espadas de brincar	Sacos com vários pesos
2 pares de andas	Sacos com texturas de diferentes cores
6 colchões	Relógio
Banco sueco	Argolas
8 bastões de diferentes comprimentos	Dado de ar
Blocos para encaixe	Espadas de brincar
Bolas de diferentes dimensões e texturas	Ovo
Cordas de várias cores	3 pares de andas
Espalдар	Jogos didáticos
Espelho	Paraquedas
Jogos lúdicos e didáticos	Blocos de encaixe
Legos e outras peças de encaixe	Plasticina
Livros infantis	Lápis de cor e de cera
Mala com formas de mãos e pés aderentes ao chão	Instrumentos musicais (ex. tambor, pandeireta)
Piscina de bolas	Quadro branco e marcadores
Raquetes	Túnel de esponja
Trave de ferro para pendurar baloiços	Túnel de pano
Trampolim	Túnel de plástico
Formas de esponja de diferentes tamanhos e formatos	12 pinos de várias cores (6 de menores dimensões)
6 formas circulares de borracha de várias cores	6 formas triangulares de borracha de várias cores

Anexo IV – Exemplo de um relatório de avaliação/observação Psicomotora

Relatório de Avaliação Psicomotora

G. S.

Data de Nascimento: 25-10-2012

O G. foi avaliado em Psicomotricidade aos 4 anos e 1 mês, tendo esta avaliação por base a versão reduzida do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2). A avaliação ocorreu nos dias 16 e 24 novembro de 2016.

O G. demonstra-se curioso com as atividades, aderindo à maioria das atividades propostas. Contudo, o seu nível de atenção e predisposição foi variando consoante o seu interesse na tarefa apresentada. Nestes momentos, preferia explorar o espaço e brinquedos ou demonstrava resistência em levar a tarefa até ao fim.

No controlo motor fino (precisão e integração motora fina), o G. apresenta um desempenho global dentro da média. Na precisão motora fina, a qual é avaliada com tarefas que requerem um controlo preciso das mãos, quer em tarefas mais abstratas (ex., dobragem do papel) quer em tarefas mais concretas (ex., desenhar percursos – labirintos e recorte) realizou a maior parte das atividades com rapidez, não investindo nas mesmas. Na integração motora fina, na qual é solicitada a cópia de figuras, com diferentes níveis de complexidade, o G. realizou as tarefas sem grande investimento, tendo apenas sucesso na cópia do quadrado. Ao nível da qualidade da pinça ainda não é muito consistente, o que parece estar relacionado com a sua disponibilidade para as tarefas.

Na coordenação manual, em que se avalia a destreza manual e a coordenação dos membros superiores, o G. demonstrou interesse pelas atividades. No que diz respeito à destreza manual, que avalia o pegar, agarrar e a coordenação bimanual com pequenos objetos, obteve um resultado abaixo do esperado, demonstrando resistência em seguir as instruções das atividades. Em parte, o seu resultado pode ser explicado por esta resistência. Nas atividades de controlo de bola, que requerem a coordenação dos membros superiores (ex., tarefas de apanhar e driblar a bola), consegue realizar com sucesso a tarefa mais simples, e no driblar já consegue realizar algumas vezes. Neste sentido, apresentou um adequado planeamento motor e controlo visuo-motor.

No controlo do corpo, avalia-se a coordenação bilateral e o equilíbrio. O G. apresentou dificuldades no controlo do corpo, nomeadamente, nas tarefas de coordenação bilateral, em que é requerido o uso simultâneo e sequencial dos membros superiores e inferiores (ex., saltar no mesmo sítio – ambos os lados alternadamente). Nas tarefas de equilíbrio, apresenta um

resultado heterogéneo. No equilíbrio dinâmico apresenta melhor resultado, sendo capaz de percorrer, com marcha controlada, uma distância sem dificuldade. No equilíbrio estático, em que o nível exigido de controlo do corpo é maior, o G. tem dificuldades em manter a postura e o equilíbrio, quando a base de sustentação é menor.

Na área da velocidade e agilidade, apenas foi avaliado o salto em apoio unipodal, verificando-se que consegue saltar a pé-coxinho.

Em suma, o G. apresenta um perfil de desenvolvimento psicomotor adequado à idade, apresentando resultados mais baixos na integração motora fina e na destreza manual. Contudo, é de salientar que o G. oscilou o seu comportamento ao longo das duas sessões de avaliação. Apresentou momentos de cooperação e participação e outros, mais frequentes, de dispersão, em que não aderiu às tarefas propostas, o que condicionou, em parte, a qualidade e o resultado da avaliação. Neste sentido, propomos uma reavaliação dentro de 6 meses.

Disponíveis para informações adicionais.

Almada, 2 de dezembro de 2016

A Psicomotricista Estagiária

(Serenela Cruz)

A Psicomotricista

(Joana Carvalho)

Anexo V - Grelha de observação informal do comportamento da criança

Grelha de observação informal do comportamento da criança

(adaptado das escalas de avaliação GOC¹ e TABS² por Cruz, S. & Pedro, I., 2017)

Nome da criança: _____ Idade: _____

Data de nascimento: _____ Data de observação: _____

Nome do observador: _____

Parte I

Relação com o adulto	Caracterize o comportamento da criança face ao adulto (e.g. apresenta comportamentos de oposição-desafio, de agressividade; demonstra afeto; é uma criança que coopera; é tímida, etc.)

Parte II

Cotação:

1 - Nunca	2 – Por vezes	3 - Frequentemente	4 – Quase sempre	NO – não observado
-----------	---------------	--------------------	------------------	--------------------

Comportamento		Cotação
Envolvimento nas tarefas	Joga/brinca com entusiasmo (e.g. não se demonstra inibido).	
	Envolve-se/participa na brincadeira (e.g. adere às atividades).	
	Assume um ‘papel’ no jogo (e.g. a criança adota o papel de um personagem).	
	Tem iniciativa e dá sugestões.	
	Respeita as regras.	
	Motiva-se com facilidade (e.g. geralmente fica motivado com as atividades realizadas; não se aborrece).	
	É persistente e não desiste perante as dificuldades.	
	Permanece nas tarefas.	

¹ *Grelha de Observação do Comportamento* – GOC (Marques, Castro, Gonçalves, & Martins, 2012);

² *TABS Assessment Tool* (Stephen J. Bagnato, John Salvia, D.Ed., John T. Neisworth, Ph. D., Frances M. Hunt, Ph. D., traduzido e adaptado por João Vaz, Sérgio Lopes e Teresa Brandão, 2009).

	Espera pela instrução/montagem da atividade (e.g. a criança não participa de forma impulsiva nas tarefas).	
	Reage de forma adequada à frustração/tolera o insucesso.	
Relação com o material	Explora a sala e objetos.	
	Seleciona o material para a atividade.	
	Brinca com objetos variados (e.g. a criança não fica muito tempo com o mesmo objeto).	
	Brinca ou joga com materiais/objetos sem os destruir ou atirar.	
	No momento de terminar as tarefas reage de forma adequada (e.g. não fica frustrado quando lhe é retirado o material).	
Comunicação verbal	Realiza pedidos de forma adequada.	
	Expressa verbalmente as tarefas realizadas.	
	Responde de forma coerente.	
	Expressa o que sente de forma compreensível.	
	Expressa as suas ideias de forma compreensível.	
Comunicação não-verbal	Dirige o olhar para o terapeuta (mantém contacto visual).	
	Ouve quando o terapeuta fala.	
	A sua comunicação não-verbal coincide com o que verbaliza.	
	Sorri.	
	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações.	

Parte III

Observações	Indique outros comportamentos que considere relevantes e que não estejam enunciados (e.g. apresenta comportamentos repetitivos).

Anexo VI - Inventário das Rotinas e Interesses da Família

Inventário das Rotinas na Família

Adaptado do FRI (*Family Routines Inventory* - Boyce, Jensen, James & Peacock, 1983)

Nome: _____

Data: _____ Relação com a criança: _____

Na tabela que se segue estão descritos um conjunto de comportamentos que podem ser encontrados entre diversos membros de uma família.

Para cada item assinale por favor, a alternativa que melhor descreve a frequência com que esses comportamentos ocorrem, na sua família, **ao longo da semana**.

Com que frequência...?	Quase nunca	1 a 2 vezes por semana	3 a 5 vezes por semana	Todos os dias
1. Os pais dispõem de algum tempo por dia para falar com a criança.				
2. Os pais dispõem regularmente de tempo para brincar com a criança após trabalho.				
3. Os pais tomam conta da criança durante algum tempo quase todos os dias.				
4. A criança faz quase sempre as mesmas coisas todas as manhãs quando se levanta.				
5. Os pais que não trabalham geralmente saem com a criança para fazer qualquer coisa (ex.: ir às compras, passear, etc).				
6. Todas as noites a família tem um período de descanso com oportunidade para falar e brincar com sossego.				
7. Todas as semanas a família sai para passear a algum lugar.				
8. Semanalmente a família dispõe de algum tempo para si, para fazer coisas em conjunto.				
9. Os pais leem ou contam histórias à criança quase todos os dias.				

Com que frequência...?	Quase nunca	1 a 2 vezes por semana	3 a 5 vezes por semana	Todos os dias
10. A criança tem algum tempo para si, em que brinca sozinha, em casa.				
11. Um dos pais brinca com a criança em casa.				
12. A criança brinca em casa com ambos os pais.				
13. Depois da escola a criança participa regularmente em atividades extracurriculares (ex.: natação, ginástica rítmica, futebol, música).				
14. A criança frequenta regularmente ludotecas ao longo da semana.				
15. Os pais têm algum passatempo ou desporto que praticam em conjunto com regularidade.				
16. A criança tem hábitos ou faz pedidos especiais na hora de ir para a cama (ex.: contar a história, beijinho de boa noite, etc).				
17. A criança deita-se geralmente à mesma hora.				
18. A família janta todas as noites à mesma hora.				
19. Pelo menos alguns membros da família comem juntos o pequeno-almoço todas as manhãs.				
20. Geralmente a família reúne-se à hora do jantar.				
21. Pelo menos a mãe ou o pai fala com os seus pais regularmente (avós da criança).				
22. A família visita regularmente os seus familiares.				
23. Os pais que trabalham regressam a casa geralmente à mesma hora.				
24. A família tem rituais específicos quando chegam a casa (ex.: contar novidades, conversar, etc).				
25. Os pais fazem quase sempre a mesma coisa quando as crianças se <i>comportam</i> mal.				
26. A criança participa em algumas tarefas domésticas.				

Questionário sobre os interesses da Família

Traduzido e adaptado de AEPS – Family Interest Survey (J. Cripe & D. Bricker, 1993) por A. Santos & T. Brandão, em 2002

O questionário sobre os interesses da família tem como objetivo ajudar os técnicos e as famílias no desenvolvimento de planos de intervenção individualizados. Encontra-se dividido em 2 partes. A primeira refere-se a interesses relacionados com a criança e a segunda parte tem a ver com interesses relacionados especificamente com a família.

Instruções: Para completar este questionário leia cada item e coloque uma cruz no local correspondente, de com acordo com o seguinte sistema:

Assinale com:

- 1 – Se o item constituir um interesse prioritário;
- 2 – Se estiver interessado no item mas este não constitui uma prioridade atual;
- 3 – Se não estiver interessado neste momento.

Parte I – Interesses relacionados com a criança

Estou interessado(a) em:	1	2	3
Saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho.			
Obter informações sobre os serviços e programas para o meu filho.			
Saber mais acerca da problemática do meu filho.			
Fazer planos para programas e serviços futuros.			
Saber como o um filho cresce e aprende (ex. nas áreas social, motora e autonomia).			
Aprender formas de lidar com e ajudar o meu filho (ex. posicionamento, dieta e saúde).			
Obter mais informação sobre leis que tenham a ver com o meu filho e com os meus direitos.			
Ensinar o meu filho.			
Lidar com o comportamento do meu filho.			
Aprender a falar e a brincar com o meu filho.			
Falar com professores e profissionais acerca do problema do meu filho.			

Parte II – Interesses relacionados com a família


Estou interessado(a) em:

	1	2	3
Explicar as necessidades especiais do meu filho aos irmãos, avós, amigos.			
Obter apoio para os meus outros filhos.			
Envolver a família e amigos nos cuidados ou nos tempos livres do meu filho.			
Aconselhamento para a minha família.			
Aprendermos a resolver, nós mesmos, os problemas familiares.			
Obter mais apoio para mim (ex. da parte dos amigos, companheiro/a e vizinhos).			
Ter mais tempo para mim.			
Divertir-me e ter tempos de lazer com a minha família.			

Outros: Por favor, indique outros assuntos ou forneça informação que pensa ser importante que seja discutida.

Muito obrigado pela sua colaboração!
Serenela Cruz

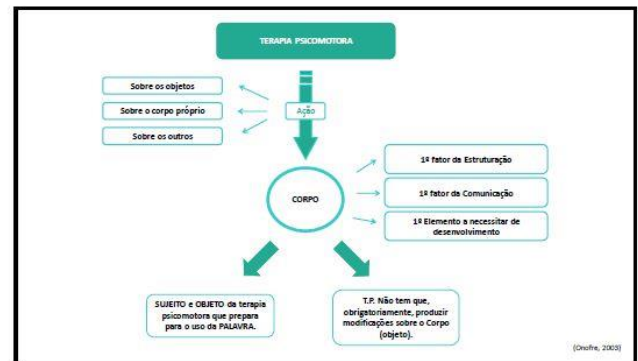
Anexo VII – Apresentação realizada para as I Jornadas Científicas de Psicomotricidade



A experiência de um grupo terapêutico de crianças em contexto hospitalar...

... quando agir é o melhor remédio!

Joana Carvalho, Serenela Cruz e Inês Pedro
18 de fevereiro de 2017



"Toda a organização da vida psíquica parte do funcionamento do corpo e da sua movimentação, logo das reações emocionais básicas ou instintivas, que se manifestam sob a forma de impulsos ou libido."

"O que é objetivamente investido, sentido e percebido é primeiro uma experiência corporal (de incorporar) para se tornar depois numa vivência interior ou subjetiva (introjetar)."

"O funcionamento mental exteriorizado através da psicomotricidade é particularmente importante durante a evolução infantil..."

(García, 2007)

Intervenção em grupo

"En general, siempre que sea posible se prefiere la intervención grupal, que es más dinámica, estimulante, enriquecedora y favorecedora de la comunicación."

"Las sesiones grupales van a resultar más estimulantes, favorecen la comunicación y permiten una mayor espontaneidad en el individuo, ya que se siente menos observado."

(Aragón, 2009)

Psicomotricidade e Grupo

O grupo, por si só, é criador de sensibilidades de estruturas adaptáveis às situações vivenciadas.

Os grupos podem ser divididos segundo três eixos:

1. Espaço social – as diferentes formas de relação com os membros do grupo, adultos e crianças permitem **organizar o desenvolvimento e a comunicação** e da partilha de significantes, favorecendo o desenvolvimento do **símbolo**;
2. Espaço exploração corporal – onde as crianças exploram corporalmente as possibilidades espaciais e temporais do envolvimento, interagindo com os objetos e materiais;
3. Espaço psíquico – onde desenvolve as suas atividades respeitando uma história geograficamente localizada e desenvolvida numa transição compreensiva entre o passado, presente e futuro.

(Ochoa, P., 2003)

Caracterização do grupo

Grupo

- Rapazes
- Idades compreendidas entre os 9 e 11 anos
- Frequência do 3º ano/4º ano e 5º ano

Tipo de grupo

- Semi-aberto
- Grupo terapêutico

Sessões

- Atividades pré-organizadas (flexibilidade)
- Local: sala ampla (formação) e sala de Psicomotricidade

Duração do grupo

- Desde de novembro de 2014

Caracterização das Sessões

- 1 hora
- Semanais
- Interrupções: férias escolares

Objetivos

- Desenvolver as dinâmicas sociais e relacionais;
- Promover a integração de regras e limites;
- Promover a integração corporal.



A formação do grupo

Novembro de 2014 a Junho de 2015

	P.	R. B.	T. G.	A.
Idade	8 anos	7 anos	9 anos	7 anos
Família	Nuclear	Nuclear	Reconstituída	Nuclear
Escola	22 ano	22 ano	25 ano	22 ano
Motor	Dificuldades no planeamento e coordenação	Dificuldades no planeamento e coordenação	Dificuldades no planeamento e coordenação	Dificuldades no planeamento e coordenação
Comportamento	Dificuldades de comportamento social	Inibição, insegurança na relação social	Dificuldades de comportamento social	Dificuldades de comportamento social

Eram 3, e mais tarde 4 rapazes, cheios de energia e com boas ideias. Apesar disso, para eles era difícil fazer amigos, gerir a frustração.

OS PAIS

A grande maioria queixava-se dos filhos... "não para quieto", "não respeita as regras", "faz muitas birras", "nunca ouve o que lhe dizem" ...

Na generalidade, apresentam pouca flexibilidade de mudança;

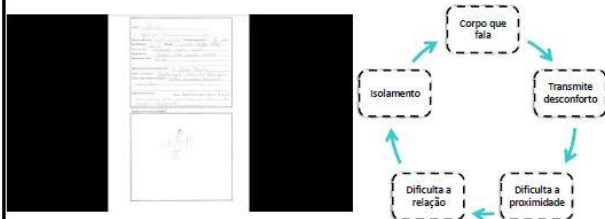
Apresentam dificuldade em impor regras, dificuldade em deixar os filhos crescer, em dar-lhes autonomia...

OS PROFESSORES

O que mais os preocupa: "O ser agitado", "Tem dificuldade em terminar uma tarefa", "Não consegue concentrar-se e estar atento muito tempo", "É pouco desembaraçado" ...

Fatores positivos: "Afetuoso", "educado" ...

As sessões



O grupo cresceu...
Dezembro de 2015 até ao momento

	A.	R. B.	T. G.	M.
Idade	8 anos	8 anos	10 anos	9 anos
Família	Nuclear	Nuclear	Reconstituída	Nuclear
Escola	22 ano	22 ano	42 ano	42 ano
Motor	Dificuldades no planeamento e coordenação	Dificuldades no planeamento e coordenação	Dificuldades no planeamento e coordenação	Adequado
Comportamento	Dificuldades de comportamento social	Inibição, insegurança na relação social	Dificuldades de comportamento social	Dificuldades de comportamento social

Fases do Grupo

1ª Fase - Pré-afiliação

- Momento de ansiedade;
- Funcionamento desorganizado;
- Sessões caóticas e tumultuosas;
- Fragmentação vs. Estruturação;
- Desenvolvimento de uma hierarquia.

2ª Fase - Participação Individual no Grupo

- Reconhecimento da autoridade do terapeuta;
- Situação de cada criança dentro do grupo;
- Rebelião como sinal de coesão grupal;
- Procura de apoio nas outras crianças;
- Sentimento de grupo.

3ª Fase - Separação e Competência

- Oportunidade para abordarem temas como a separação e o abandono;
- Possibilidade de regressão aos sintomas iniciais;
- Possibilidade de negação da importância do grupo ou desejo de que continue para sempre.



(Kernberg, P., 1993)

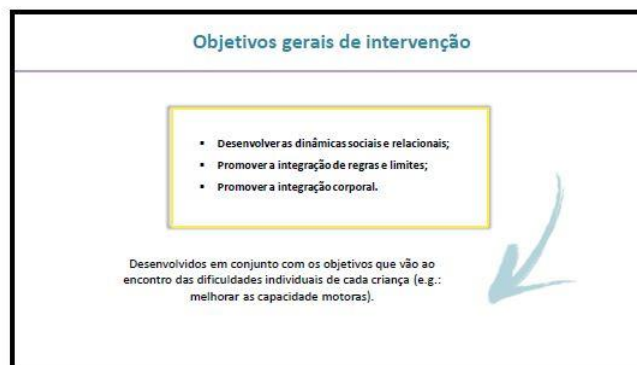
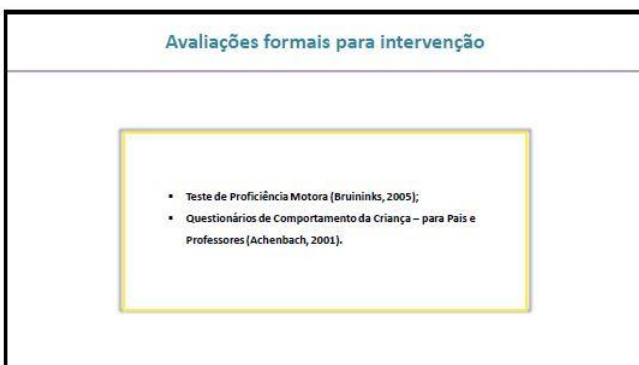
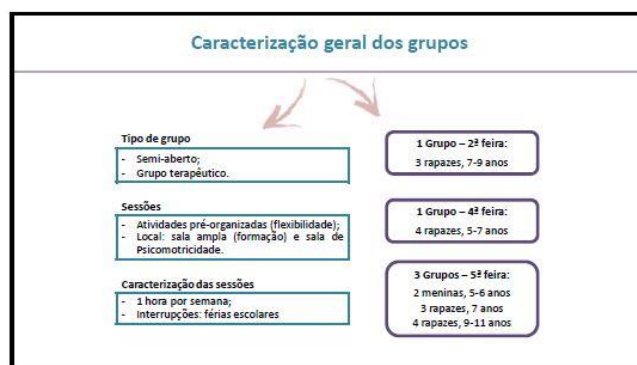
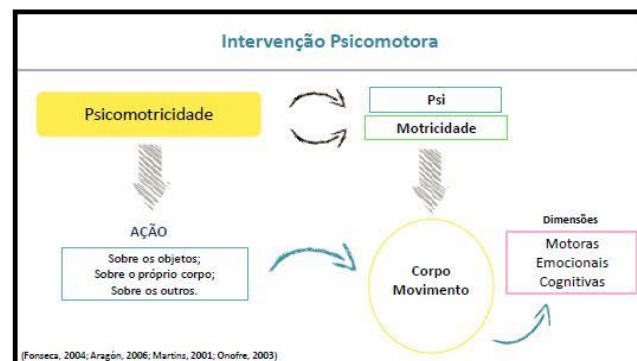
Anexo VIII – Apresentação realizada para a reunião de Equipa do CDC

Universidade de Lisboa | Faculdade de Motricidade Humana
Reabilitação Psicomotora

Estágio em Psicomotricidade no CDC

Intervenção em grupo

Inês Pedro | Serenela Cruz
20 de junho de 2017



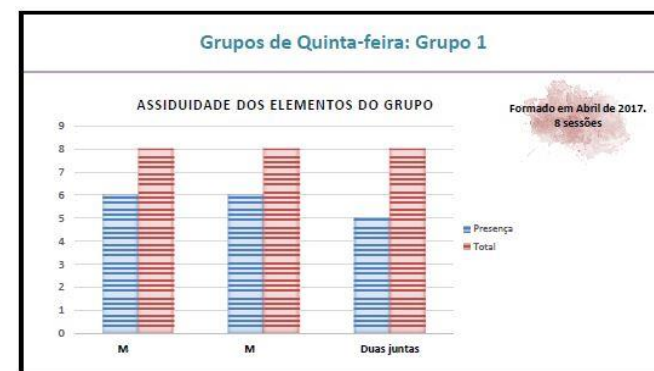
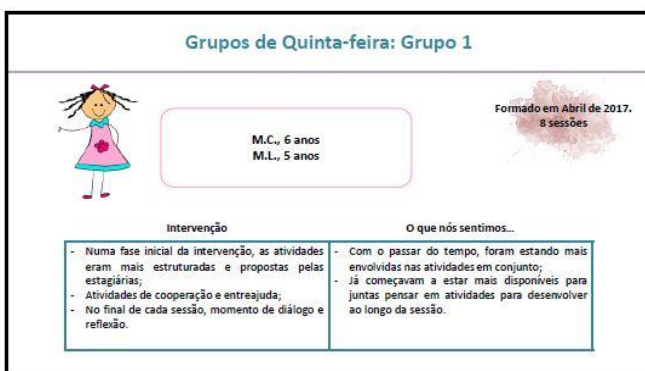
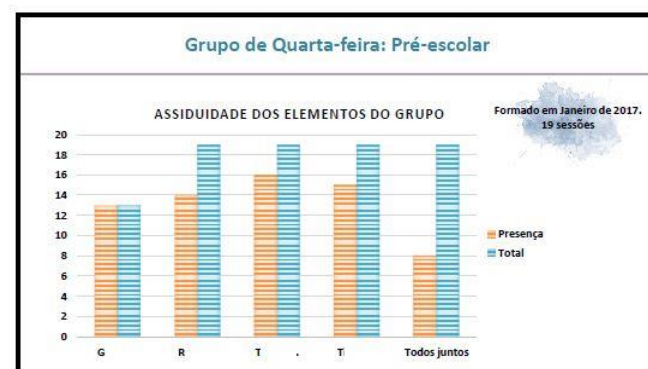
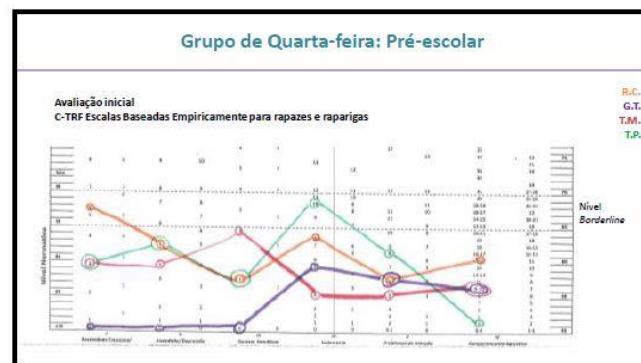
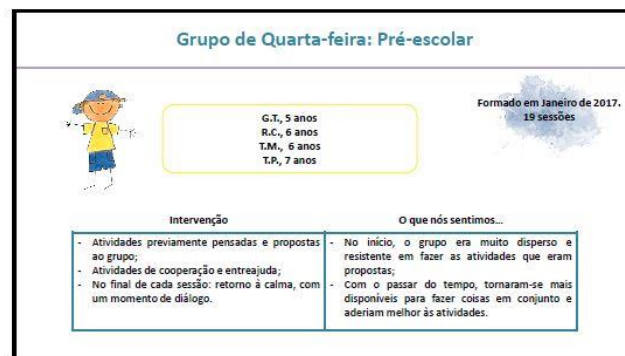
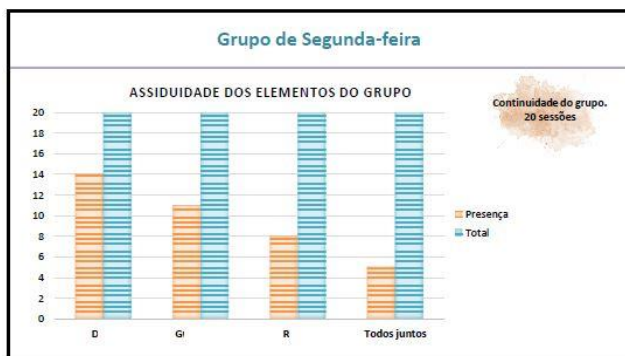
Grupo de Segunda-feira

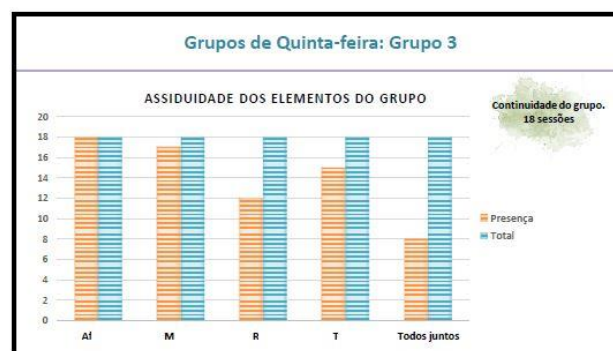
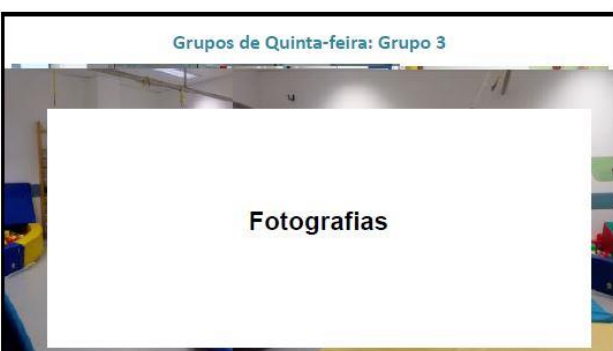
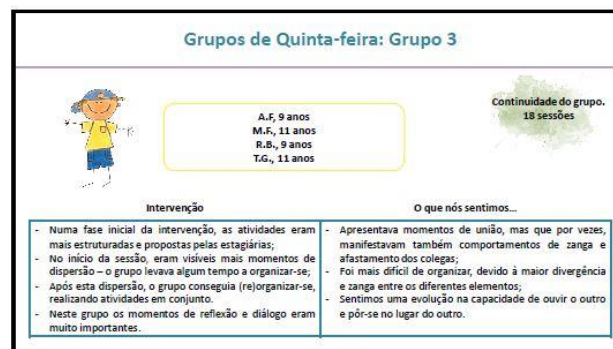
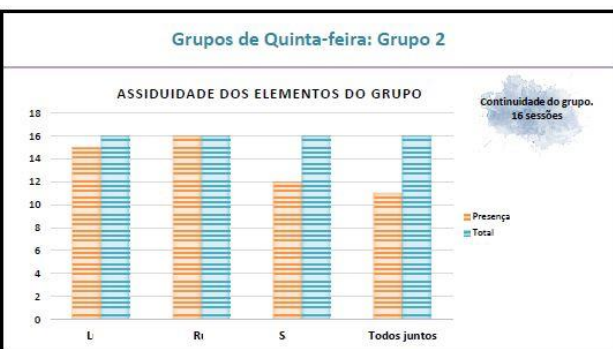
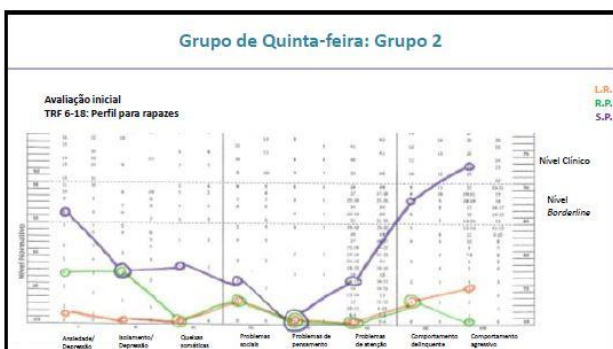
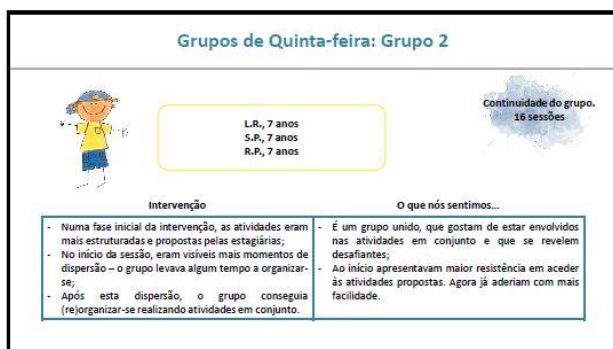
Continuidade do grupo. 20 sessões

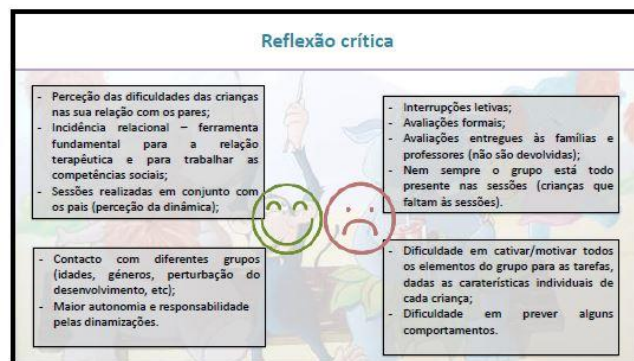
Dinis Caixas, 8 anos
Guilherme Coelho, 7 anos
Rafael Barroso, 9 anos

Intervenção	O que nós sentimos...
<ul style="list-style-type: none"> - No geral, as atividades eram propostas pelo grupo, com ajuda do técnico. Mas também o técnico/estagiária sugere tarefas em grupo; - Num fase inicial e final da sessão é estabelecido um tempo para diálogo e reflexão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo com grandes conflitos e nem sempre estava disponível para ouvir o outro; - Comportamento ambivalente (tanto estavam bem uns com os outros a brincar, como existiam momentos de grande zanga); - Com o passar do tempo, os momentos de conflito foram sendo menores.









Universidade de Lisboa | Faculdade de Motricidade Humana
Reabilitação Psicomotora

Muito obrigada pela atenção!

Inês Pedro – inespedro96@gmail.com

Serenela Cruz – ccserenela@gmail.com

20 de junho de 2017

Anexo IX – Sessões da M.S. (intervenção individual)

Sessão/Data	Atividades	Domínios do desenvolvimento
1ª Sessão 06/03/2017	Circuito com várias etapas: na posição decúbito dorsal, a criança estará deitada sobre um colchão e o técnico irá passar uma bola pelo seu corpo. A criança deverá nomear as partes do corpo que a bola toca; de seguida, irá saltar a pé juntos sobre círculos de borracha que estarão sobre um colchão; sem perder o equilíbrio deverá passar por diversas formas de borracha até chegar à piscina de bolas, saltando.	Cognição Motricidade global Motricidade fina
	Jogo das escondidas: numa primeira fase a criança deverá esconder-se enquanto o técnico conta até 20, mantendo-se escondida até que este a encontre. Posteriormente o técnico esconde-se e a criança procura-o.	
	Desenho de um menino com canetas de filtro.	
2ª Sessão 13/03/2017	Procurar os sapos escondidos pela sala e fazer corresponder a sua cor à cor do arco; Primeiro a criança procura os sapos, numa segunda etapa esconde e a técnica procura.	Motricidade global
	Circuito motor: passar ou ultrapassar as diversas formas de esponja até chegar à piscina de bolas.	
	Com um baloiço a criança terá que colocar os sapos nos arcos da cor respectiva, sem perder o equilíbrio e sem cair do baloiço (deverá lançar os sapos).	
	Escorrega com formas de esponja e colchões: a criança deverá deslocar-se pelo mesmo de várias formas, subir ou descer (e.g. descer sentada, subir “trepando” pelo escorrega, entre outros).	
3ª Sessão 20/03/2017	Através de um circuito motor a criança terá que levar os arcos de diferentes cores que estão escondidos pela piscina de bolas até ao cone da respectiva cor. Circuito motor: passar por cima de círculos de borracha mudando a forma como se desloca, saltar a dois pés, de lado, para trás, saltar a pés juntos, etc; saltar no trampolim, passar por cima de diferentes formas de esponja, andar por cima do banco sueco e terminar na zona limite para proceder ao lançamento do arco até acertar no cone.	Motricidade global
	Atividade do escorrega (ver sessão anterior).	
4ª Sessão 27/03/2017	Caça ao tesouro: recorrendo a um tapete de esponja com letras que saem e se desencaixam, o técnico esconde pela sala e pelos obstáculos as diversas letras, enquanto a criança está escondida dos piratas. Posteriormente a criança procura as diversas letras e à medida que as vai encontrando, terá que ir ao seu mapa e encaixar a letra no lugar correto. Quando o mapa estiver completo, a criança poderá nadar na piscina mágica (piscina de bolas). Podem ser facultadas pistas e ajudas; Variante: a criança esconde e o técnico procura.	Motricidade global Motricidade fina Cognição
	Exposição de fios: com pequenas peças de plástico de várias cores e formas que se encaixam umas nas outras, criar fios de vários cumprimentos e cores.	
5ª Sessão 03/04/2017	“Mar encantado” – partindo da piscina de bola e com um cestinho de plástico com uma pega, a criança (que é uma sereia) apanha um peixinho (bola) que tem que salvar para o aquário. Para o levar até ao aquário, terá que realizar um circuito motor, sem deixar cair o peixe do cesto.	Motricidade global Motricidade fina
	Circuito: subir o espaldar, passar por cima de uma barra e de formas de esponja, passar um túnel e por fim, deitar o peixinho no aquário (túnel de esponja). Para voltar ao mar terá que subir umas rochas grandes (formas de esponjas) e dar um mergulho no mar (saltar para a piscina).	
	Lançar os ovos de peixe do aquário para o mar profundo (piscina de bolas): Os ovinhos estarão no aquário (túnel de esponja) e com um cesto a criança terá que apanhar um ovo de cada vez e lança-lo para a piscina de bolas.	
	Desenho livre com lápis e canetas de filtro.	
6ª Sessão 24/04/2017	“Caça aos sapos na floresta mágica”: a criança terá que realizar um circuito, podendo trazer um sapo de cada vez, que irá depois “aprisionar na casa de cor correspondente ao sapo que apanhou – Circuito motor: - passar por baixo de barras sem tocar com nenhuma parte do corpo (ramos de árvores com picos); saltitar pelas formas de borracha aderente aos chão (pedras do riacho); passar por cima do banco sueco sem perder o equilíbrio (ponte mágica); subir e descer o espaldar, trazendo apenas um sapo de cada vez (montanha mágica); subir a rampa que dá acesso ao túnel de borracha, passando através dele e indo para a piscina de bolas, para deixar os sapos presos nas suas casas (arcos dispostos na borda das piscina com as mesmas cores dos sapos – associação);	Motricidade global Autorregulação

	<p>preparar pelas diferentes formas de esponja, descendo depois de volta às barras – início do circuito (montanha mágica, que faz a criança ficar mais alta que o técnico).</p> <p>Escolher com o banco sueco e espaldar.</p>	
<p>7ª Sessão 08/05/2017</p>	<p>Circuito motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Início do circuito num túnel de esponja que está em cima do trampolim que será a casa, onde estão os sapinhos. Os sapinhos precisam de camas para dormir (as camas serão arcos com as mesmas cores que os sapinhos); - Há dois caminhos possíveis: a) o da rampa, onde a criança terá que passar pela rampa e pelo caminho construído com diferentes formas de esponja que vão até à piscina de bolas; b) caminho das ‘cócegas’, onde a criança terá que passar colocando apenas um pé em cada círculo de borracha aderente ao chão e para chegar à piscina terá que passar por cima de sacos com bolinhas por dentro (dão a sensação de cócegas); - A criança salta para a piscina e “dá mergulhos”, atravessando-a até ao outro lado, dirigindo-se até ao espaldar, onde estarão os diferentes arcos (“camas”) presos a cordas. A criança terá que desapertar os nós para tirar cada arco. De seguida volta a casa. <p>Leva apenas um arco de cada vez, repetindo o circuito para ir buscar cada arco.</p> <p>Atividade com um balão: com um bastão a criança terá que ir tocando no balão, lançando-o ao ar e não pode deixar cair ao chão. Variante: de seguida, lançar para a técnica e a técnica lança novamente à criança e assim sucessivamente, sem deixar cair o balão ao chão.</p>	<p>Motricidade global Motricidade fina Autorregulação Cognição</p>
<p>8ª Sessão 15/05/2017</p>	<p>Atividades com molas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeiro o técnico pega em molas e prende na roupa da criança (ex.: ao longo da camisola), sendo que de seguida será a criança a prender molas no técnico. Posteriormente, criança e técnico devem correr atrás um do outro tentando tirar as molas um ao outro, sem perder as suas; - “Enfeitar” o baloiço: no baloiço está presa uma corda. A criança deverá apanhar molas do saco prendendo-as depois na corda presa ao baloiço, sem perder o equilíbrio e/ou sair do baloiço. <p>Atividade com jornais: com folhas de jornal a criança irá rasgar o papel, num primeiro momento de forma livre e depois ir variando, rasgando em pedaços mais pequenos ou grandes, rasgando em tiras, etc.</p> <p>Com os pedaços de papel espalhados pelo chão, fazem-se bolas de papel que depois serão lançadas para uma caixa de cartão. Tentando acertar com o maior número de bolas de papel.</p> <p>Desenho livre nos lados laterais da caixa de cartão usada na atividade anterior.</p>	<p>Motricidade global Motricidade fina Cognição</p>
<p>9ª Sessão 22/05/2017</p>	<p>Jogo com o baloiço: à volta do baloiço formando um círculo, serão colocadas formas triangulares e circulares, com as seguintes cores: amarelo, vermelho, verde, azul. A criança deverá sentar-se no baloiço, com as pernas cruzadas e tem como regra “não cair do baloiço”. Enquanto este está em movimento, a técnica irá dar-lhe sacos com as mesmas cores que as formas colocadas à volta do baloiço. A criança deve, de cada vez que lhe for dado um saco colocá-lo numa forma de cor correspondente (ex.: saco amarelo, deverá colocar num triângulo ou círculo amarelo).</p> <p>“Tênis adaptado” – com um colchão é construída uma rede, que divide dois campos, de um lado fica a criança do outro fica a técnica, que têm na sua mão um bastão. Utilizando só o bastão, toca-se no balão passando-o para o outro campo. Há como regra não deixar cair o balão, senão perde pontos.</p> <p>Numa folha de papel estão desenhados os limites de um boneco. Com plasticina a criança irá completar as partes que faltam no boneco, desde dos olhos, boca, nariz, orelhas, às mãos, roupa, cabelo, etc.</p>	<p>Motricidade global Motricidade fina Autorregulação Cognição</p>
<p>10ª Sessão 29/05/2017</p>	<p>“Acerta com a bola” – a criança recolhe bolas para um túnel de esponja que estará deslocado a uma distância do alvo (piscina de bolas). Deverá lançar as bolas do túnel acertando no alvo e alternando as mãos (direita e esquerda). Variante: o técnico que está na piscina de bolas lança a bola para a criança e esta deve apanhar a bola com as mãos tentando de seguida acertar no alvo.</p> <p>Jogo da apanhada (adaptado) – tanto a criança como o técnico terá presa nas suas calças uma corda – que será um rabinho – ao mesmo tempo técnico e criança tentam tirar a corda um ao outro, evitando perder a sua. Com o decorrer do jogo, vão se adicionando mais cordas, podendo estas só ser puxadas uma de cada vez.</p> <p>Pintar uma caixa de cartão com as mãos – recorrendo a guaches de várias cores e com luvas de plásticos a criança irá pintar uma caixa de cartão. Primeiro será um desenho livre, depois pode ser pedido à criança para fazer algo, como círculos,</p>	<p>Motricidade global Motricidade fina Cognição</p>

	flores, etc. Poderá também formar novas misturando os guaches que estarão espalhados num prato de plástico.	
11ª Sessão 05/06/2017	“Jogo dos picos” – num tabuleiro de buraquinhos pequenos e com picos de diferentes formas e cores, a criança poderá fazer desenhos, numa primeira fase livres, posteriormente o técnico pode pedir à criança para fazer figuras simples (como círculos, flores, etc).	Motricidade global Motricidade fina Cognição
	Montagem de um circuito motor em conjunto com a criança – técnico e criança constroem um circuito motor com diferentes materiais da sala. O técnico deverá dar alguma liberdade à criança, para que esta consiga concretizar uma ou várias etapas do circuito motor. Circuito motor: um arco no chão irá assinalar a meta; depois a criança irá passar por um túnel, andando depois por cima de formas de borracha que se encontra em cima de colchões para trabalhar o equilíbrio (pode passar colocando apenas um pé em cada círculo, ou então a saltar a pé juntos, etc); de seguida, saí da piscina e deita-se sobre um colchão e o técnico com uma bola irá passar por várias partes do corpo (nas repetições seguintes a criança poderá fazer outros movimentos com a bola, ex.: segurar com os pés durante 10 segundos); terminando o circuito passando por esponja de forma semicircular e por uma trave de esponja. Repete o circuito.	
	Retorno à calma: Criança e técnico sentados num banco sueco falam da sessão, recordando o que foi feito e o que gostou mais.	
12ª Sessão 12/06/2017	Montagem de um circuito motor com a criança (à semelhança da sessão anterior). Circuito motor: um arco no chão irá assinalar a meta; andando depois por cima de formas de borracha que se encontra em cima de colchões para trabalhar o equilíbrio (pode passar colocando apenas um pé em cada círculo, ou então a saltar a pé juntos, etc); passando essas formas, estará uma rampa que dá acesso à piscina de bolas e a criança irá saltar lá para dentro; saindo de seguida da piscina e passando entre duas cordas que estão esticadas no chão (poderá passar por cima de um das cordas colocando um pé à frente do outro ou caminho entre os limites das cordas); no final da corda a criança passa por cima de uma esponja semicircular terminando o circuito ao colocar 3 molas no arco que estão em cima de uns pinos da cor respetiva (ex.: mola azul no arco azul). Repete o circuito 5 vezes.	Motricidade global Motricidade fina Autorregulação
	Com a rampa montada da atividade anterior, sobre a piscina de bolas estará um colchão com formas de borracha triangulares e circulares de 4 cores (amarelo, azul, vermelho e verde). Há frente da rampa está uma pista montada com colchões. Após ser dada a partida a criança terá que pegar num saco que estará no início da pista, passando depois pela rampa e saltando para o colchão, colocando depois o saco que traz na mão na cor respetiva (ex.: saco amarelo, círculo amarelo). Variantes: introduzir diferentes formas de locomoção (ex.: caranguejo – andar de lado, gato – gatinhar, cobra – rastejar); ou então dizer para colocar o saco na forma triangular.	
	Com um retângulo de esferovite e palitos, a criança deverá picar com os palitos nas pintas desenhadas a canetas na esferovite (criando um desenho de palitos).	
13ª Sessão 19/06/2017	Circuito motor: a criança começa escondida no trampolim e à contagem do técnico deverá sair da “toca” (ex.: contar até 15 e no 15 a criança saí da toca); passando depois pela ponte sobre o rio (tábuas de plástico sobre um colchão), sendo capaz de se equilibrar e sem cair ao rio, subindo de seguida uma rampa de esponja que dá acesso a um bloco de esponja. Através desse bloco a criança trepa e desce o espaldar, terminando o circuito subindo para outro bloco de esponja e saltando para um colchão (a criança deverá ser capaz de realizar grande parte do circuito sozinha e sem apoio do técnico). Repete o circuito.	Motricidade global Motricidade fina Cognição
	Atividade com fios e botões.	
	Construção de um puzzle de uma menina com 1,10m de altura.	
26/06/2017	Reavaliação psicomotora	-
03/07/2017		

Anexo X – Sessões do Grupo Pré-escolar

Sessão/ Data	Descrição das atividades	Domínios do desenvolvimento	Presenças	Obs.
1ª Sessão 18/01/2017	Atividade de quebra-gelo/apresentação: com uma bola, cada criança deverá lançar para outra colocando-lhe uma pergunta (ex. o que mais gostas de brincar?). Depois de responder, lançará a bola a outra criança, fazendo-lhe também uma pergunta.	Interação Social Motricidade global Motricidade fina	2 crianças presentes (2/3)	Avaliação Inicial – Escala das Relações com os Pares (Secção I).
	Jogo tradicional da apanhada (adaptado) – Um caçador e os coelhos: uma criança ou técnico é o caçador e os restantes serão os “coelhos” que precisam de fugir deste, correndo pelo espaço. Para se protegerem do caçador podem esconder-se em tocas (arcos/túneis) durante um período de tempo; caso o caçador os apanhe têm que ficar imóveis, até que outro coelho o vá salvar (para salvar outro terá que lhe tocar).			
	Construções com legos: cada criança poderá construir um elemento de uma história. Por exemplo, montar um jardim zoológico: uma criança trata das jaulas dos animais, outra constrói uma piscina para estes tomarem banho, etc.			
2ª Sessão 25/01/2017	Circuito dos semáforos: seguindo as regras das cores do semáforo (arco verde – pode andar, arco amarelo – abrandar, arco vermelho – parar), cada criança irá realizar o circuito, sendo que é o polícia que controla as cores do semáforo (o polícia pode ser uma criança ou técnico). O circuito começa por contornar cones, passar por cima de um banco sueco, andar sobre cordas pé-ante-pé e passar por cima de esponja de vários formatos.	Motricidade global Motricidade fina Cognição	2 crianças presentes (2/3)	
	Desenho livre.			
3ª Sessão 01/02/2017	Atividade com bolas: cada criança terá uma bola e de acordo com as indicações do técnico deverá transportá-la pela sala. Por exemplo: transportar a bola em cima da cabeça, só com os joelhos, etc. De seguida as crianças poderão também dar ideias para transportar a bola. Variante: deitados e/ou sentados num colchão, segurar a bola em cima dos pés com as pernas esticadas; mantendo a bola segura entre os pés, roda o tronco para direita e esquerda sem deixar cair a bola e/ou tocar com os pés no chão, etc.	Motricidade global	2 crianças presentes (2/3)	
	Atividade de retorno à calma: cada criança estará dentro de um túnel desdobrável e os técnicos movimentam cada túnel dando a sensação de um oceano cuja corrente está mais “brava” ou calma. No final, as crianças deverão fechar os olhos e realizar respirações profundas.			
4ª Sessão 08/02/2017	Estátuas no trampolim: as crianças estarão a saltar sobre o trampolim e de acordo com as instruções do técnico, cada criança deverá parar de saltar e manter-se em modo estátua quando solicitado e de acordo com as indicações (e.g. ficar parado sem se mexer em apoio unipodal). Posteriormente, cada criança poderá também dar indicações aos colegas.	Motricidade global Motricidade fina Cognição	Todas as crianças presentes (3/3)	
	Atividade com o paraquedas: “Jogo dos ratinhos” – uma criança irá para baixo do paraquedas e será o ratinho, enquanto as restantes em conjunto com os técnicos serão os gatos e estarão responsáveis pelo paraquedas (ratoeira). Os gatos abanam o paraquedas criando situações de o ratinho poder fugir, contudo, quando este se			

	aproxima do buraco, o gato não pode deixar sair o ratinho. O ratinho terá que tentar escapar da ratoeira, saindo de baixo do paraquedas.			
	Desenho: desenhar algo que tenham gostado da sessão.			
5ª Sessão 15/02/2017	Atividade livre: construção de um castelo – recorrendo a formas de esponja, colchões e paraquedas (o castelo contém um poço dos desejos – túnel de esponja). No final e depois de o castelo estar construído, as crianças fazem tartes de maçã (cones pequenos) e à noite enquanto dormem, vem um monstro das tartes que lhas rouba e esconde pela sala.	Motricidade global Interação Social	2 crianças presentes (2/3)	-
6ª Sessão 22/02/2017	Atividade livre: construção de um carro de polícia recorrendo a diversos materiais da sala (paraquedas, cones, arcos, cordas, etc). O carro contém luzes, volante, pedais, sirenes.	Motricidade fina Cognição Interação Social	Todas as crianças presentes (3/3)	-
	Atividade alusiva ao carnaval: construção de uma máscara de carnaval em cartolinas brancas.			
7ª Sessão 08/03/2017	Jogo do lencinho adaptado – as crianças deverão estar sentadas no chão e em roda, sendo que haverá uma criança fora do círculo formado que contém um sapinho na mão (representa o lenço). Enquanto os colegas cantam uma música, a criança que se encontra fora da roda deverá deixar cair o lenço atrás de uma criança sem que esta se aperceba.	Motricidade global Interação Social	Todas as crianças presentes (4/4)	Avaliação inicial do novo elemento do grupo (G.T.).
	Jogo das estátuas com magia: uma das crianças será um feiticeiro que comanda a música (rádio). Quando a música está a tocar as restantes crianças terão que se deslocar mediante uma ordem e pela sala (e.g. saltar a pé-coxinho, dançar, etc) e quando a música parar terão que se manter em estátua, a criar que conseguir ficar mais tempo sem se mexer é o novo feiticeiro, pondo a tocar a música e dando nova vida às estatuas (a música dá magia para se poderem mover/mexer).			
	Atividade livre: repetição da construção de um carro de polícia (sessão anterior).			
8ª Sessão 15/03/2017	Caça aos sapos escondidos: pela sala serão escondidos 6 sapos e enquanto as crianças fecham os olhos o técnico esconde (ex. na piscina de bolas, deixando do banco, dentro do ovo, etc). De seguida, as crianças irão procurar os sapos. Quem tiver o maior número de sapos ganha. Podem ser facultadas pistas e ajudas.	Cognição Interação Social	3 crianças presentes (3/4)	-
	Variantes – primeiro o técnico esconde e as crianças procuram; posteriormente, à vez uma criança esconde os sapos pela sala e as restantes em conjunto com o técnico procuram; fazer a pares – dois a dois procurar os sapos escondidos.			
	Retorno à calma – sobre um colchão, as crianças ficam deitadas na posição decúbito dorsal e realizam inspirações e expirações profundas.			
9ª Sessão 22/03/2017	Caça aos tesouros perdidos: uma criança esconde os vários sacos de ouro – é o ladrão, enquanto os restantes estão no carro polícia (montado com várias formas de esponja e outros materiais – semelhante à sessão n.º 6) de olhos fechados. De seguida, os polícias terão que encontrar os sacos perdidos e escondidos e terão que os colocar no cofre da respetiva cor (e.g. saco amarelo, no arco amarelo).	Cognição Interação Social	Todas as crianças presentes (4/4)	-
	Retorno à calma – sobre um colchão, as crianças ficam deitadas na posição decúbito dorsal e realizam inspirações e expirações profundas.			

10ª Sessão 29/03/2017	“Sem música temos que escolher uma cor”: enquanto a música estiver a tocar todas as crianças circulam pela sala de acordo com as indicações de quem está a controlar a música, que pode ser uma criança ou técnico (e.g. enquanto a música está a tocar as crianças dançam ou saltam a pés juntos). Quando a música parar, será dita uma cor e todos terão que tocar na cor mencionada (pode ser um objeto, peça de roupa, etc).	Motricidade global Motricidade fina Interação Social	Todas as crianças presentes (4/4)	-
	Jogo do “rabinho”: uma criança será o caçador e as restantes terão um lenço de papel preso nas calças, que será um “rabinho”. O caçador ganha quando conseguir apanhar todos os rabinhos das restantes crianças. O caçador ganha e muda-se de posição, dando-se início a outra jogada.			
	Atividades dos botões: com botões de plástico de dimensões médias e com fios, cada criança irá construir um fio, decorando-o a gosto.			
11ª Sessão 05/04/2017	Jogo do telefone estragado (atividade de quebra-gelo): em roda e de mãos dadas, uma criança deverá pensar numa palavra e transmiti-la ao colega do lado, dizendo-a ao ouvido e baixo para que mais ninguém consiga ouvir. O colega seguinte deverá transmitir o que ouvi ao colega do lado e assim sucessivamente. O último deverá dizer a palavra que lhe foi transmitida e verifica-se se a palavra ainda é a mesma.	Interação Social Motricidade fina Motricidade global	Todas as crianças presentes (4/4)	Sessão em conjunto com os pais e/ou avós (atividades alusivas à Páscoa).
	Caças aos ovos: em equipas, cada criança em conjunto com o seu pai/mãe/avó irá procurar pela sala os ovos escondidos. Cada equipa deverá encontrar e juntar apenas os ovos que correspondem à sua cor de equipa (amarela, vermelha, verde, azul). O jogo acaba quando todas as equipas recolherem todos os ovos.			
	Atividade do “ovo quente”: com uma bola (ovo quente), deverá contar-se até 10 sem parar. Enquanto é feita a contagem a bola irá circular pela roda formada pelas equipas do jogo anterior. Quando chegar ao 10, quem estiver com a bola perde, sendo que, de acordo com a equipa é retirado um ovo (e.g. equipa azul tem a bola, irá tirar-se um ovo à equipa azul e assim sucessivamente). Ganha a equipa que durante o jogo tenha perdido menos ovos.			
	Construção de um coelho da Páscoa: cada criança em conjunto com o pai/mãe/avó irá desenhar numa folha de cartolina a sua mão (o pai também desenha), posteriormente é recortada a mão e dá-se início à construção do coelho, após recorte. O dedo polegar e mindinho serão as patinhas e o dedo anelar e indicador as orelhas. Posteriormente, cada coelho será decorado a gosto.			
12ª Sessão 19/04/2017	Atividade com bolas (repetição 2ª sessão): cada criança terá uma bola e de acordo com as indicações do técnico deverá transportá-la pela sala. Por exemplo: transportar a bola em cima da cabeça, só com os joelhos, etc. De seguida as crianças poderão também dar ideias para transportar a bola.	Motricidade global Cognição	3 crianças presentes (3/4)	-
	Retorno à calma – sobre um colchão, as crianças ficam deitadas na posição decúbito dorsal e realizam inspirações e expirações profundas.			
13ª Sessão 26/04/2017	Construção de um robô: primeiro as crianças pensam no tipo de robô que querem fazer e este é desenhado no quadro, posteriormente, será montado no chão o robô pensado recorrendo a diversos materiais para o construírem (e.g. arcos, cordas, pinos, barras, tubos de diferentes tamanhos, etc). No final, é dado um nome ao robô construído.	Motricidade global Motricidade fina Cognição Interação Social Linguagem	3 crianças presentes (3/4)	-
	Retorno à calma: numa primeira fase cada criança faz a sua “cama”, com os diferentes materiais da sala; depois as crianças ficam deitadas na posição decúbito dorsal e realizam inspirações e expirações profundas.			
14ª Sessão	Construção de uma casa: com os diversos materiais da sala, as crianças decidem como querem fazer a casa e começam a construção recorrendo a colchões, formas de esponja de diferentes tamanhos.	Cognição		-

03/05/2017	Decorar a casa recorrendo a materiais de menores dimensões, como bolas, arcos, etc. Construção também de um lago no jardim, com peixes e sapos.	Linguagem Motricidade fina Interação social	2 crianças presentes (2/4)	
	Desenho da casa e jardim construídos pelo grupo.			
15ª Sessão 10/05/2017	Atividade com balões: cada criança terá um balão e um bastão de comprimento pequeno. Colocando o balão no ar e com o bastão vão tocando no balão e não o podem deixar cair ao chão. Variante: segurar no bastão com a outra mão; passar o bastão por trás das costas/pescoço; espalhar obstáculos pelo chão e terão que os contornar, controlando o balão pela sala e sem deixar cair ao chão.	Motricidade global Cognição Interação Social	Todas as crianças presentes (4/4)	-
	Construção de uma rampa: com formas de esponja de diferentes tamanhos, o grupo constrói uma rampa que dá acesso à piscina de bolas, realizando depois à vez saltos para piscina.			
	Atividade livre: em pares, 2 grupos, cada grupo tem um túnel e com os pinos deverão transportar as bolas até aos túneis. Ganha a equipa que conseguir reunir mais bolas dentro do seu túnel.			
16ª Sessão 17/05/2017	Luta de bolas: Construção de uma barreira que divide a sala em dois campos, recorrendo a colchões e diversas formas de esponja. Depois dos campos montados, as crianças dividem-se em dois grupos (sendo que, vão rodando pelos campos, trocando assim de colegas de equipa). Com bolas da piscina, as crianças devem lançar para o outro lado da barreira, tentando acertar nos adversários. Variante: em cada campo coloca-se um arco a uma certa distância da barreira, tornando-se num alvo, cada equipa terá que proteger o seu alvo, evitando que as bolas passem, ao mesmo tempo que tenta acertar no alvo da outra equipa, do outro lado da barreira.	Motricidade global Cognição Interação Social	Todas as crianças presentes (4/4)	-
	Retorno à calma: numa primeira fase cada criança constrói a sua casa, com os diferentes materiais da sala; depois as crianças ficam deitadas na posição decúbito dorsal, como se estivessem a descansar, enquanto a técnica se dirige a cada criança realizando mobilizações articulares.			
17ª Sessão 24/05/2017	Atividade da bola de ouro: primeiro o técnico tem uma bola e as crianças irão formar um círculo à sua volta. O técnico escolhe uma categoria (pode ser cores, animais, frutas, etc) e irá atribuir a cada criança um nome que lhe dirá ao ouvido, mais ninguém saberá desse nome (ex.: amarelo). O técnico volta para o meio da roda e diz “amarelo” lançado logo de seguida a bola de ouro ao ar, a criança ao qual lhe foi dito esse nome deve correr para o meio da roda e apanhar a bola. Quem deixar cair a bola vai ao meio, escolhendo os nomes que vai dar aos colegas e repete-se o jogo.	Motricidade global Motricidade fina Cognição Linguagem	3 crianças presentes (3/4)	Uma médica observou a sessão.
	Acerta nos arcos: na borda da piscina serão colocados arcos a diferentes alturas, em conjunto o grupo de crianças deverão acertar com o maior número de bolas nos arcos.			
	Retorno à calma: em roda, sentados nos colchões cada criança realiza respirações simples. No final, é estabelecido um breve diálogo, onde se abordam pontos da sessão (o que gostaram mais, o que gostariam de fazer noutras sessões, etc).			
18ª Sessão 31/05/2017	“Rei manda” – uma criança estará no meio da sala dentro dos limites de um arco. As restantes e o técnico estão pela sala à volta da criança que está no arco – que é o Rei. O rei deverá dizer uma ordem (ex.: “O rei manda saltar”) e o grupo deverá cumprir as ordens o Rei. Quem não o fizer, fica uma vez sem jogar. Após 5 ordens, a posição do Rei muda, dando-se a vez a outra criança.	Motricidade global Cognição Linguagem	3 crianças presentes (3/4)	-

	<p>Variante: jogo das ordens, mas ao contrário. I.e., o rei estará no arco e apenas dirá uma palavra que implique um movimento – esquerda, direita, trás, frente, cima, baixo (ex.: direita, logo as crianças terão que andar para a esquerda; se for para trás, terão que andar para a frente).</p> <p>“Foge do ninja” – Jogo da apanhada (adaptado) – Uma criança será o “ninja” que irá lançar bolas às restantes crianças e técnico. Se uma bola tocar numa criança, significa que essa criança foi apanhada pelo ninja, devendo ficar imóvel, até que outra criança a venha salvar tocando-lhe. O ninja ganha quando tiver apanhado todos. Posteriormente troca-se de ninja e dá-se início a uma nova partida.</p> <p>Retorno à calma: numa primeira fase cada criança constrói a sua casa, com os diferentes materiais da sala; depois as crianças ficam deitadas na posição decúbito dorsal, como se estivessem a descansar, enquanto a técnica estabelece diálogo com o grupo e falam das atividades e da sessão.</p>			
<p>19ª Sessão 07/06/2017</p> <p>Última sessão de grupo.</p>	<p>Atividade livre: construção de uma gruta com todos os materiais da sala (colchões, formas de esponja, cones, arcos, etc). O grupo terá que pensar como construir uma gruta sobre a piscina de bolas de forma que todas as crianças se possam esconder lá dentro.</p> <p>Retorno à calma: na gruta, depois de realizarem breves respirações de inspiração e expiração, a técnica irá estabelecer um diálogo com as crianças falando da sessão, mas também das sessões passadas. Fazendo-se depois um momento de partilha das vivências.</p>	<p>Motricidade global Cognição Linguagem Interação Social</p>	<p>3 crianças presentes (3/4)</p>	<p>Avaliação Final – Escala das Relações com os Pares (Secção I).</p>
<p>20ª Sessão 14/06/2017</p>	<p>Reunião com os pais, com o objetivo de fazer ponto de situação de cada criança em casa e na escola; fazer balanço do período de intervenção em grupo.</p>	<p>-</p>	<p>3 pais presentes (3/4)</p>	<p>Entrega da escala do CBCL.</p>
<p>Período entre 19 e 26 de junho 2017</p>	<p>Reavaliação psicomotora com o BOT.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

Anexo XI – Comparação dos resultados obtidos no CBCL e C-TRF – Grupo Pré-escolar (Avaliação inicial vs Avaliação final) – Gráficos de A, B, C e D

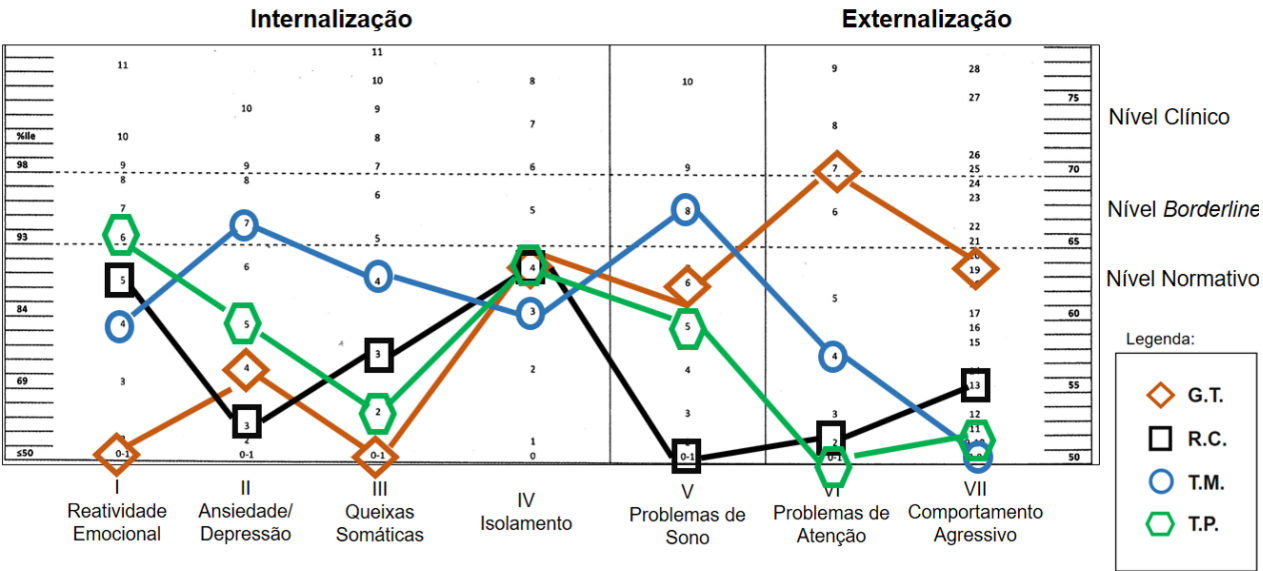


Gráfico A – CBCL Avaliação Inicial

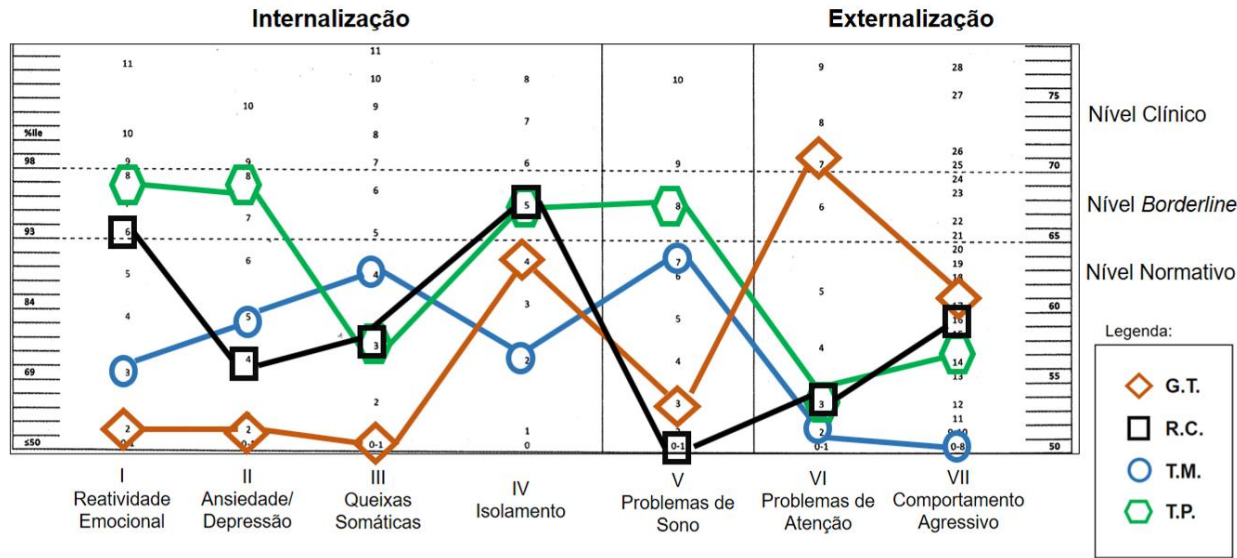


Gráfico B – CBCL Avaliação Final

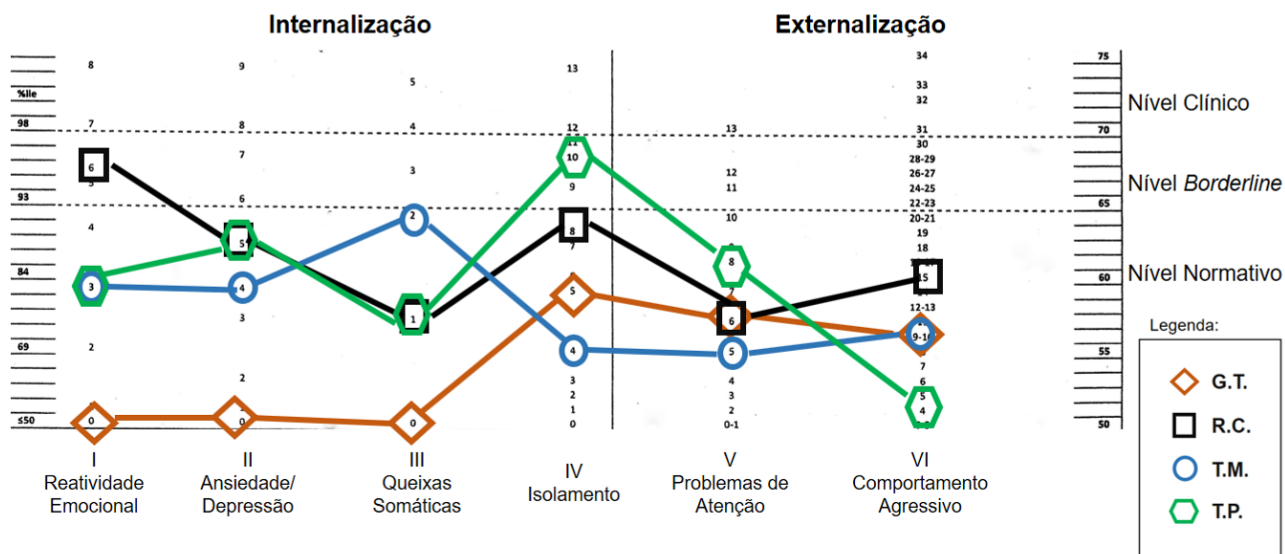


Gráfico C – C-TRF Avaliação Inicial

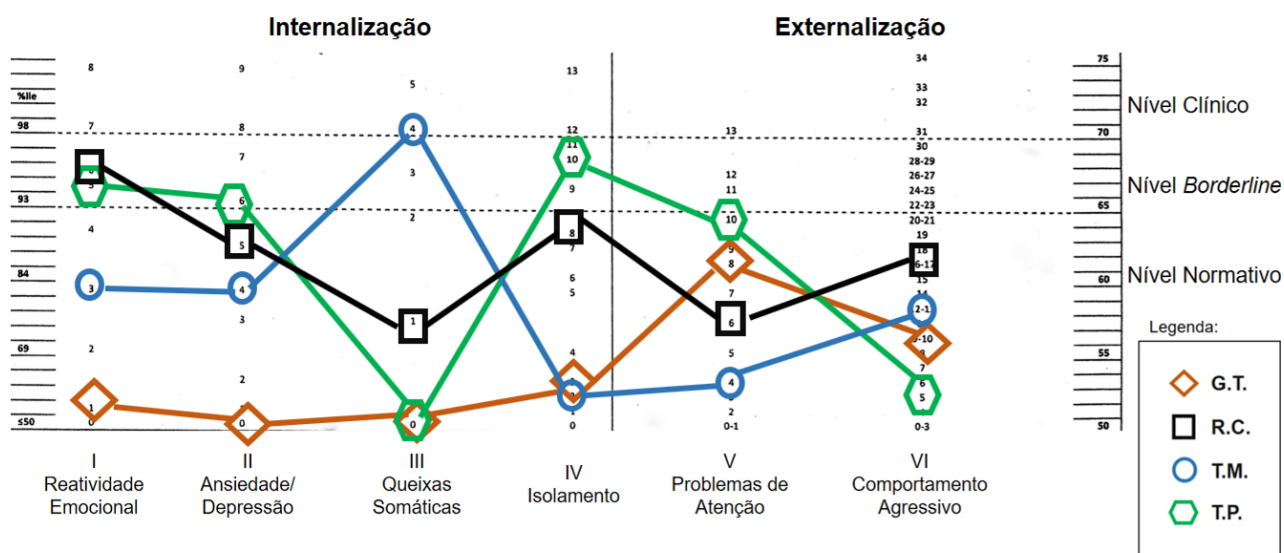


Gráfico D – C-TRF Avaliação Final

Anexo XII - Comparação dos resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação das Relações entre Pares

Grelha de Observação das relações entre pares

Adaptado de “Assessment of Peer Relations – SECTION I” (Michael J. Guralnick, 2003).

Data de observação: 07/06/2017 (Avaliação Final) ____

Cotação para cada item:

0 – Não observado/não se aplica	1 – Raramente	2 – Por vezes	3 – Com frequência	4 – Quase sempre
---------------------------------	---------------	---------------	--------------------	------------------

Comportamento			Criança							
			R.C.		T.M.		T.P.		G.T.	
			Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final
1	Envolvimento	Tende a estar desocupada(o).	2	2	3	2	2	2	3	2
2		Brinca com materiais ou brinquedos, mas fá-lo sozinho – jogo solitário.	2	1	3	2	3	2	3	2
3		Brinca perto dos pares, utilizando materiais ou brinquedos similares - jogo paralelo.	2	2	3	2	2	2	2	2
4		Quando não está a brincar com brinquedos/materiais, observa ativamente as atividades das outras crianças – espetador.	1	2	2	2	3	2	1	1
5		Prefere os pares aos adultos, quando ambos estão disponíveis.	3	2	2	2	1	2	2	2
6		Apercebe-se, mas, depois ignora as iniciativas e aproximações dos outros – ignora.	2	2	3	2	3	3	2	2
7		Parece não se aperceber das iniciações dos outros.	2	2	3	2	2	2	3	2
8		Quando brinca ou realiza um jogo com os pares, envolve-se em respostas ou trocas simples e breves (habitualmente não mais que duas interações por criança) – trocas breves.	3	3	2	2	2	2	2	2
9		Quando brinca ou realiza um jogo com os pares, envolve-se em troca de papéis no decorrer das brincadeiras sociais – jogo complementar ou recíproco.	3	3	1	2	2	2	2	3
10		Quando brinca ou realiza um jogo com os pares, envolve-se em jogos sociais fingidos (“jogos faz de conta”) que inclui a comunicação explícita (planeamento e negociação) no que diz respeito aos temas e desempenho de papéis – jogo social complexo.	2	2	1	2	2	2	2	2

11	Iniciativa	Obtém a atenção dos outros.	2	3	2	2	2	2	2	2
12		Adquire os brinquedos ou materiais dos outros.	3	2	2	2	1	2	2	2
13		Pára uma ação/atividade dos pares.	2	3	1	1	1	1	2	2
14		Pede ou dá afeto.	0	1	0	1	0	1	0	2
15		Solicita/pede permissão às outras crianças.	2	2	2	2	3	3	1	1
16		Geralmente, envolve-se no contacto social.	3	3	2	3	2	2	2	2
17		Propõe atividades em conjunto.	2	3	1	2	2	2	1	2
18	Respostas dos pares às iniciativas	Os pares respondem aos pedidos de ajuda da criança.	2	2	2	2	2	3	2	2
19		Os pares reconhecem ou aderem aos pedidos de intervenção da criança.	2	2	1	2	2	2	1	1
20		Os pares correspondem adequadamente aos pedidos de clarificação da criança.	2	2	2	2	2	2	2	2
21		Os pares respondem aos esforços da criança para obter a sua atenção.	2	3	2	2	2	2	2	2
22	Regulação emocional	Fica ansioso(a) quando os outros o(a) abordam, demonstrando-o com gestos, expressões faciais ou afastamentos.	1	1	2	1	2	2	2	2
23		Rejeita, veemente, manifestações sociais dos pares.	2	1	2	2	3	2	2	2
24		Brinca com um considerável entusiasmo e expressividade.	3	3	2	3	2	2	2	2
25		Fica zangado(a) ou hostil durante as interações com os pares.	2	1	1	1	2	2	2	2
26		Circula próximo dos outros, reagindo com aproximações ou afastamentos - vacila/hesita.	2	2	1	2	3	2	2	2
27		Responde positivamente e de forma recíproca as iniciativas dos pares.	2	3	1	2	2	2	1	1
28		Responde positivamente às interações dos pares, mas de forma silenciosa ou retardada.	1	1	1	1	2	2	2	2
29		As interações com os pares parecem ocorrer rapidamente e sem pensar muito – resposta impulsiva.	3	2	1	2	2	2	3	3
30		Fica desorganizado(a) e perturbado(a) durante as interações com os pares.	1	1	2	1	2	1	2	2
31		Depois de uma zanga, consegue acalmar-se, num período de tempo razoável.	0	2	0	3	0	3	0	2
32	Regras sociais	Compreende as regras da sala, no que diz respeito à partilha e tomada de vez.	2	2	2	3	3	3	2	2
33	Acontecimentos do quotidiano	Demonstra através de ações ou descrições um acontecimento básico de temas partilhados, envolvendo eventos do dia-a-dia, semelhantes aos de outras crianças (ex. almoço, festas de aniversário, fazer compras, etc.).	0	2	0	3	0	2	0	1

